


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**BUSCANDO SENSIBILIZAR A MULHER PARA UMA  
EXPRESSÃO SEXUAL PRAZEROSA – UMA VISÃO  
TRANSCULTURAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0253  
Autor: Simioni, Andream  
Título: Buscando sensibilizar a mulher p  
  
972521581 Ac. 241426  
Ex.1 UFSC BSCGSM CCSM

**ANDREARA SIMIONI  
CAROLINE SCHWEITZER DE OLIVEIRA**

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0253  
Ex.1**

**Florianópolis, 2003**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**BUSCANDO SENSIBILIZAR A MULHER PARA UMA  
EXPRESSÃO SEXUAL PRAZEROSA – UMA VISÃO  
TRANSCULTURAL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

**Projeto de conclusão de curso de graduação em Enfermagem**

**apresentado à Banca Examinadora:**

**Olga Regina Zigelli Garcia**

**Elza Berger Salema Coelho**

**Helena Maria Xavier Faraco**

**ORIENTADORA: OLGA REGINA ZIGELLI GARCIA**

**SUPERVISORA: HELENA MARIA XAVIER FARACO**

**Florianópolis, 2003**



**"Pontos de interrogação"**  
**"Desculpe Zeca"**

**(Gonzaguinha)**

Por acaso algum dia você se/  
Importou/  
Em saber se ela tinha vontade/  
Ou não?/  
E se tinha e transou você tem/  
A certeza/  
De que foi uma coisa maior para/  
Dois?/  
Você leu em seu rosto/  
O gosto, o fogo, o gozo da festa?/  
E deixou que ela visse em você/  
Toda dor do infinito prazer?/  
E se ela deseja e você não deseja/  
Você nega alega cansaço ou vira/  
De lado?/  
Ou se deixa levar na rotina/  
tal qual um menino/  
Tão só no antigo banheiro?/  
Folheando revistas comendo as/  
Figuras/  
As cores das fotos te dando/  
A completa emoção/  
São perguntas tão tolas de/  
Uma pessoa/  
Não ligue não ousa/  
São pontos de interrogação/  
E depois desses anos no escuro/  
Do quarto/  
Quem te diz que não é só o vício/  
Da obrigação/  
pois com a outra você faz de tudo/  
lembrando daquela tão santa/  
Que é dona do teu coração/  
Eu preciso é ter consciência/  
Do que eu represento/  
Nesse exato momento/  
No exato instante/  
Na cama na lama na grama/  
Em que eu tenho uma vida inteira/  
nas mãos.

## RESUMO

### BUSCANDO SENSIBILIZAR A MULHER PARA UMA EXPRESSÃO SEXUAL PRAZEROSA – UMA VISÃO TRANSCULTURAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**Introdução:** O nosso despertar para este tema deu-se a partir da nossa experiência como acadêmicas na área da saúde da mulher. Durante as consultas por nós realizadas, observamos queixas frequentes do exercício da sexualidade, que fizeram com que tomássemos consciência do quanto as mulheres estavam insatisfeitas com sua vida sexual.

Observando assim a importância da assistência prestada com enfoque na educação para saúde em sexualidade, centrada no conhecimento do próprio corpo e da resposta sexual humana, assim como na confrontação de paradigmas trazidos pelas mulheres, muitas vezes originados de mitos, tabus e valores incorporados através de uma cultura predominantemente machista.

**Objetivos:** Prestar cuidado de enfermagem com enfoque na sexualidade as mulheres, fundamentado no referencial teórico de Madeleine Leininger.

**Metodologia:** O trabalho foi desenvolvido de abril a junho no ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário da UFSC, sendo aplicado um questionário sobre sexualidade para a melhor compreensão do contexto em que a mesma se insere.

**Resultados:** A amostra foi composta por 30 mulheres. Muitos relatos e respostas nos chamaram a atenção, por exemplo: 70% das mulheres relataram não terem o hábito de se masturbarem; a grande maioria descreveu sua vida sexual como não satisfatória. Em relação a existência de estimulação antes da penetração 73% responderam existir, e apenas 27% acharam estas suficientes. Como se sentem frente aos problemas sexuais, responderam sentirem-se frustradas, nervosas, deprimidas. Acreditando em saúde como bem estar geral, faz-se necessário quando da exposição destes sentimentos, educação para saúde em sexualidade.

**Conclusão:** Foi surpreendente observar o quanto a falta de esclarecimento sobre o corpo, e a carga cultural são pontos preponderantes das inadequações sexuais. E também o quanto a educação para saúde em sexualidade é importante para uma melhora na qualidade da expressão sexual, bem como da própria vida.

**Palavras Chaves:** Sexualidade, Educação, Mulher, Enfermagem

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUZINDO O TEMA</b>	<b>01</b>
<b>2.</b>	<b>ESTABELECENDO OS OBJETIVOS</b>	<b>05</b>
2.1.	Objetivo Geral	05
2.2.	Objetivos Específicos	05
<b>3.</b>	<b>REVISANDO A LITERATURA</b>	<b>07</b>
3.1	Anatomia	07
3.2	Fisiologia	12
3.2.1.	Como funcionam os ovários	12
3.2.2.	Resposta Sexual Humana	15
3.2.3.	Disfunção Sexual Feminina	19
3.2.4.	Disfunção Orgásmica	23
3.2.5.	Vaginismo	24
3.2.6.	Sexualidade na Gravidez	29
3.3.	Histórico	31
3.4.	Homossexualidade	35
3.4.	Diferenças Sexuais segundo Pease	37
3.5.	Mitos e Tabus segundo Furlani	39
<b>4.</b>	<b>BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>44</b>
4.1.	Marco Conceitual	44
4.2.	Conhecendo a teórica	44
4.3.	Conhecendo a teoria	45
4.4.	Pressupostos de Leininger	46
4.5.	Pressupostos Pessoais	47

4.6.	Conceitos relacionados à teoria de Leininger	48
<b>5.</b>	<b>DESCREVENDO A METODOLOGIA</b>	<b>52</b>
5.1.	Aspectos gerais do campo de estágio	52
5.2.	População Alvo	52
5.3.	Processo de Enfermagem	53
5.4.	Relação entre os níveis do Modelo Sunrise e o Método Geral de Enfermagem	55
5.5.	Plano de Ação	56
<b>6.</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>60</b>
<b>7.</b>	<b>AVALIANDO E DESCREVENDO OS RESULTADOS</b>	<b>63</b>
<b>8.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>91</b>
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>96</b>
	Bibliografia Referenciada	96
	Bibliografia Consultada	101
<b>10.</b>	<b>APÊNDICES</b>	<b>104</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>118</b>
<b>12.</b>	<b>PARECER DO PROFESSOR</b>	<b>141</b>

## 1. INTRODUZINDO O TEMA

A despeito do exercício da sexualidade humana ser tão antigo quanto à humanidade, ele se revela cheio de tabus e mitos, apesar de ser considerado por muitos estudiosos e pesquisadores como um importante campo da experiência humana. Este fato se deve, antes de tudo, a construção social de gênero, fundamentada nas características biológicas. (GARCIA, 2003).

A sexualidade humana tem sido descrita como uma necessidade básica e “a necessidade de expressão sexual é vista como um dos requisitos universais de autocuidado”. (SHUSTER, 1982).

Para Garcia (2003), a expressão da sexualidade humana é permeada por fatores multidimensionais, uma vez que a mesma expressa-se na interdependência das variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais, de desenvolvimento e ambientais, fazendo-se presente em qualquer estágio do processo saúde-doença de todos os seres humanos, por esse motivo, o seu estudo envolve aspectos interdisciplinares do conhecimento humano.

Araújo (2002, p.4), afirma que “Na década de 60 surge a pesquisa de Master e Johnson relativa a Resposta Sexual Humana, tendo sido a primeira vez que pesquisadores ousaram observar, medir e quantificar esta resposta”. A partir dos resultados da pesquisa de Master e Johnson, começou-se a divulgação das diferenças existentes entre homens e mulheres, ao mesmo tempo em que surgiram também movimentos para eliminar as desigualdades sociais existentes entre eles. Estas desigualdades sociais são evidenciadas pela normatização existente em nosso meio, como a maneira de agir, sentir e pensar. A fuga as normas impostas pela cultura, faz com que o indivíduo sinta-se fora da “normalidade”.

O exercício da sexualidade sofre influência direta das padronizações existentes que buscam normatizar as condutas nesta área, trazendo como consequência, entre outras, a repressão sexual, que caracteriza a relação homem-mulher existente até os dias atuais. No dizer de Gonçalves (2002, p.1) “A biologia nos faz machos ou fêmeas, os valores e normas

sociais nos fazem homens e mulheres e as inter-relações desses fatores com outros componentes da experiência biológica, sociológica e situacional nos fazem a espécie de pessoa que nos tornamos”.

Garcia (1998) afirma que “apesar da grande maioria das diferenças entre o homem e a mulher terem sido determinadas culturalmente, devemos assumir que elas existem; apesar da forte tendência, na atualidade, para evitá-las, elas persistem, muito especialmente no comportamento sexual”.

Nesta ótica, fica fácil entender a relevância que a cultura, tabus e mitos possuem na nossa vida, muitas vezes levando-nos a agir de maneira imposta pela sociedade na qual estamos inseridos, esquecendo quais são as necessidades do próprio eu.

Há de se considerar que a busca pelo prazer sexual (visto como sinonímia de orgasmo), tem sido abordada com ênfase, nas últimas décadas em vários segmentos da mídia. Para Vitiello (2002, p.4) “Nas últimas décadas em especial tem-se apresentado uma imagem muito distorcida da sexualidade, que leva a crer ser o orgasmo a meta suprema da vida”.

Costa (2001, p.32) afirma que “a sexualidade é uma das mais importantes e complexas dimensões da condição humana e sua compreensão envolve controvérsias e diferentes posições religiosas, morais e políticas, visto que os efeitos que ela produz são relacionados, quase sempre, a mais de uma pessoa”. Assim sendo, segundo o autor, pode-se abordar a sexualidade a partir de muitos aspectos.

Pelo até o momento exposto, pode-se vislumbrar a importância da sexualidade na vida do ser humano, a partir de suas características formadoras e do seu papel na formação do indivíduo, o que se ratifica no dizer de Pinto (2002, p.3) “A sexualidade é maior que o ato sexual e se não entendermos isso não poderíamos estudar com a devida atenção seus aspectos multidimensionais”.

Não é possível falar sobre sexualidade sem abordar a história da mesma e a relação de gênero, através da qual foi consolidada a relação macho-fêmea, bem como papéis distintos, entre eles, o da mulher destinada somente à reprodução, considerada como casta e digna.

Gonçalves (2002) cita frases conhecidas como a de Montaigne “a mulher é o repouso do guerreiro, tem que sofrer, obedecer e consentir” e a de Napoleão Bonaparte “a mulher é nossa propriedade e nós não somos propriedade dela. Ela nos dá filhos e nós nos damos a ela. Ela é, pois, nossa propriedade tal qual como a árvore que dá frutos pertence ao jardineiro...”, que referendam a dominância do gênero masculino sobre o feminino.

Para Vitiello (2002, p.1) “O conjunto de regras de conduta consideradas como válidas em uma determinada sociedade, em uma determinada época, é o que denominamos de

moral”. Segundo Pinto (2002, p.4) “A moral sexual de nosso tempo vai sendo reconstruída, mas ainda se apóia enormemente nas polarizações fixas entre o que é coisa de homem e o que é coisa de mulher”.

Se voltarmos até a época que ainda permanece em nossa memória, lembramos de frases do tipo: “*Ele é menino, ele pode*”, “*Isso não é coisa de menina*”, “*Menina dá mais trabalho*”, entre tantas outras que poderíamos enumerar. Como vimos, nosso comportamento é moldado por forças repressoras que atingem todas as fases de nossa vida, influenciando diretamente no nosso modo de ver, sentir e expressar a sexualidade. Ou seja, a moral permeia a história da humanidade que constrói uma moral sexual determinando valores que, na maioria das vezes, entram em contraste com nossa necessidade de liberação dos padrões anteriormente impostos gerando inadequações e distúrbios no exercício da sexualidade. A busca desta liberação, na nossa percepção, exige dos estudiosos do assunto, um aprofundamento dos aspectos multidimensionais que envolvem o estudo da sexualidade humana.

Nesta ótica, nosso despertar para este tema deu-se a partir da nossa experiência como acadêmicas no estágio curricular da quarta fase, na área da saúde da mulher. Durante as consultas por nós realizadas, observamos relatos freqüentes de queixas relativas ao exercício da sexualidade como dispareunia, ausência de lubrificação vaginal, anorgasmia, inapetência sexual, dentre outras, que fizeram com que tomássemos consciência do quanto as mulheres estavam insatisfeitas com sua vida sexual. A comprovação da eficácia do cuidado por nós oferecido nesta área, através das falas das mulheres sobre a melhora na sua vida sexual, a partir das consultas, despertou-nos para importância da assistência prestada com enfoque na educação para saúde em sexualidade, centrada no conhecimento do próprio corpo e da resposta sexual humana, assim como na confrontação de paradigmas trazidos pelas mulheres na área do exercício sexual, muitas vezes originados de mitos, tabus e valores incorporados através de uma cultura predominantemente machista.

Percebemos ainda que, é necessário atender a mulher levando em conta o contexto sócio-cultural no qual está inserida, tratando a sexualidade como um aspecto que deve ser entendido de forma natural, respeitando a compreensão que cada uma tem sobre a sua própria sexualidade e conhecimento do corpo, orientando-a nas necessidades relatadas e/ou por nós identificadas.

Nós também notamos o pouco preparo para abordagem da sexualidade, tanto no cotidiano das pessoas, como na formação curricular dos profissionais da saúde, dando origem

a nossa inquietude em relação a este fato, que leva esta temática a ser alvo de tabus e preconceitos, apesar do discurso de modernidade.

Por todos os motivos acima expostos, optamos, por, na oitava fase do curso de graduação, escolher trabalhar com as mulheres na temática da sexualidade. Encontramos alguns trabalhos de formandos já realizados nesta área. Mas um em especial, nos chamou a atenção o trabalho de Moretti, Silva e Moraes (2002), desenvolvido no ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no qual prestaram cuidado de enfermagem a 46 mulheres em idade reprodutiva com enfoque na sexualidade fundamentado no referencial teórico de Madeleine Leininger, buscando sensibilizar as mulheres para busca do despertar de uma vida sexual gratificante. Este trabalho nos chamou atenção por vir ao encontro de nosso objetivo em trabalhar com as mulheres na temática da sexualidade e também pelo fato de ter sido o primeiro trabalho em sexualidade desenvolvido no Hospital Universitário, sendo que este, através do serviço de Tocoginecologia lamentou a falta de continuidade do mesmo, em função de uma demanda reprimida nesta área.

Sendo assim, optamos por dar continuidade ao trabalho iniciado por estas acadêmicas, entendendo que a aspiração de continuidade por parte da instituição e também do corpo clínico, é uma demonstração clara da importância do mesmo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres atendidas.

Para subsidiar nosso estudo, mantivemos a escolha do referencial teórico de Madeleine Leininger, por também entender que este se aplica a ações de cuidado em conformidade com as concepções culturais do ser humano, pois temos consciência de que a valorização do modo de pensar, agir e sentir das pessoas, focalizando-as como seres únicos, com uma bagagem cultural é pré-requisito para que se possa desenvolver um trabalho de excelência no atendimento em sexualidade, lembrando o dizer de Garcia (1998) de que “a expressão sexual do ser humano é determinada pela sua história de vida e pela cultura na qual está inserido”.

Sendo assim através deste estudo, buscaremos a princípio, criar um vínculo com as mulheres, através do qual as mesmas possam expor suas dúvidas, seus medos, suas crenças, seu grau de conhecimento do próprio corpo e resposta sexual humana, para que possamos, com nosso conhecimento, proporcionar uma melhoria na qualidade de vida das mulheres que buscarem atendimento, com vistas a um aumento na qualidade de sua expressão sexual, através da educação para saúde em sexualidade.



## **2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Prestar cuidado de enfermagem com enfoque na sexualidade as mulheres usuárias do ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário, fundamentado no referencial teórico de Madeleine Leininger

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**2.2.1.** Conhecer a estrutura física e operacional do Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário.

**2.2.2.** Integra-se à equipe multidisciplinar do Ambulatório de Tocoginecologia e apresentar proposta de trabalho a ser desenvolvida.

**2.2.3.** Divulgar a proposta de trabalho junto à população para captação de demanda para Consulta em Sexualidade.

**2.2.4.** Captar demanda para o desenvolvimento da proposta através da Consulta de Enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.

**2.2.5.** Realizar a Consulta de Enfermagem em sexualidade adotando o Referencial Teórico de Madeleine Leininger.

**2.2.6.** Elaborar material didático para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.

**2.2.7.** Promover no decorrer da atividade prática, atividades educativas sobre a temática da sexualidade, facilitando o processo educativo.

**2.2.8.** Buscar aprofundamento teórico na temática da sexualidade.

### **3. REVISANDO A LITERATURA**

#### **3.1. ANATOMIA**

A resposta fisiológica humana feminina à estimulação sexual não está restrita aos órgãos reprodutores. Tensões sexuais envolvem muitas coisas além dos órgãos primários ou secundários da reprodução. (MASTER e JOHNSON, 1981, p.31).

Os órgãos genitais são constituídos por estruturas internas e externas. Os órgãos genitais externos femininos são descritos juntamente com o períneo. Os órgãos genitais internos femininos incluem a vagina, útero, tubas uterinas e ovários.

#### **GENITAIS EXTERNOS**

São conhecidos coletivamente como vulva ou pudendo. A vulva consiste em: monte do púbis, lábios maiores e menores, vestíbulo da vagina, clitóris, bulbo do vestíbulo e glândulas vestibulares maiores. (MOORE, 1994, p. 279).

##### **O monte do púbis:**

É uma elevação (eminência) gordurosa, arredondada, situada na frente da sínfise púbica inferior. Consiste principalmente em um coxim de tecido conjuntivo adiposo, situado profundamente à pele. (...). A quantidade de gordura aumenta durante a puberdade e diminui após a menopausa. O monte do púbis torna-se revestido por pêlos púbicos durante a puberdade, os quais também diminuem após a menopausa. A distribuição feminina típica de pêlos púbicos possui um limite superior horizontal através da região púbica. (MOORE, 1994, p. 281).

##### **Os lábios maiores (grandes lábios):**

Os lábios são duas pregas cutâneas simétricas que fornecem proteção aos óstios uretral e vaginal que se abrem no vestíbulo da vagina. Cada lábio maior, amplamente preenchido por

gordura subcutânea, segue para trás a partir do monte do púbis até cerca de 2,5 cm do ânus. (MOORE, 1994, p. 281).

Os grandes lábios normalmente repousam na linha mediana e fornecem proteção positiva para as estruturas subjacentes – os pequenos lábios, o orifício vaginal e o meato urinário. (MASTER e JOHNSON, 1981, p. 44).

Além dos pêlos, os grandes lábios apresentam muitas glândulas sebáceas e sudoríparas que contribuem para o odor peculiar dos genitais. Suas dimensões sofrem grandes variações individuais. (VITIELLO, 2002f, p.6).

### **Os lábios menores (pequenos lábios):**

São pregas delgadas e delicadas, de pele sem gordura, sem pêlos, localizados entre os lábios maiores. Contém um centro de tecido esponjoso com vários pequenos vasos sangüíneos, mas sem gordura. Embora a superfície interna de cada lábio menor se consista de pele fina, possui a típica cor rósea de uma túnica mucosa e contém várias terminações nervosas sensitivas. (...). Glândulas sebáceas e sudoríparas abrem-se em ambas as faces. Os lábios menores encerram o vestibulo da vagina e se situam a cada lado dos óstios da uretra e da vagina. Encontram-se imediatamente acima do clitóris para formar uma prega cutânea denominada *prepúcio* (capuz do clitóris). (MOORE, 1994, p. 282).

### **Vestíbulo da vagina:**

O vestibulo é o espaço entre os lábios menores. A uretra, vagina e ductos das glândulas vestibulares maiores abrem-se no vestibulo. (MOORE, 1994, p. 282).

### **Glândulas vestibulares maiores (Glândulas de Bartholin):**

Estas glândulas, com cerca de 0,5 cm de diâmetro estão localizadas a cada lado do vestibulo da vagina, posterolateralmente ao óstio vaginal. Seu formato é redondo ou oval e os bulbos do vestibulo superpõem-se parcialmente a elas na parte posterior. (...). Essas glândulas secretam uma pequena quantidade de muco lubrificante, no estímulo sexual. **Sendo este muco de um papel muito pequeno na lubrificação.** (MOORE, 1994, p.282, grifo nosso).

A lubrificação vaginal básica se consiste numa reação semelhante à transudação através das paredes da vagina. Esta matéria lubrificante aparece no início da fase de excitação, segundos após o início de qualquer forma de estimulação sexual. Sendo assim, o aumento de atividade secretória das glândulas de Bartholin é um fator sem importância na lubrificação do tubo e do intróito vaginal. (MASTER e JOHNSON, 1981, p.50-51).

### **Glândulas vestibulares menores:**

Estas são pequenas glândulas, a cada lado do vestibulo da vagina, que aí se abrem entre os óstios uretral e vaginal. Estas glândulas também secretam no vestibulo o muco que umedece os lábios e o vestibulo. (MOORE, 1994, p. 282).

### **Clitóris:**

O clítoris é um órgão único no conjunto da anatomia humana. A sua finalidade expressa é a de servir como receptor e transformador dos estímulos sexuais(...). Órgão semelhante não existe na estrutura anatômica do homem. (MASTER E JOHNSON, 1981, p.53).

O clítoris é um órgão erétil, situando-se atrás da comissura labial anterior, onde os lábios menores se encontram. (...) O clítoris consiste em uma *raiz* e um *corpo* compostos por dois ramos, dois corpos cavernosos e uma *glândula* e é suspenso por um *ligamento suspensor*. As partes dos lábios menores que passam na frente do clítoris formam o *prepúcio* do clítoris. As partes dos lábios que passam atrás do clítoris formam o *frênulo* do clítoris. (MASTER e JOHNSON, 1981; MOORE, 1994).

### **Hímen:**

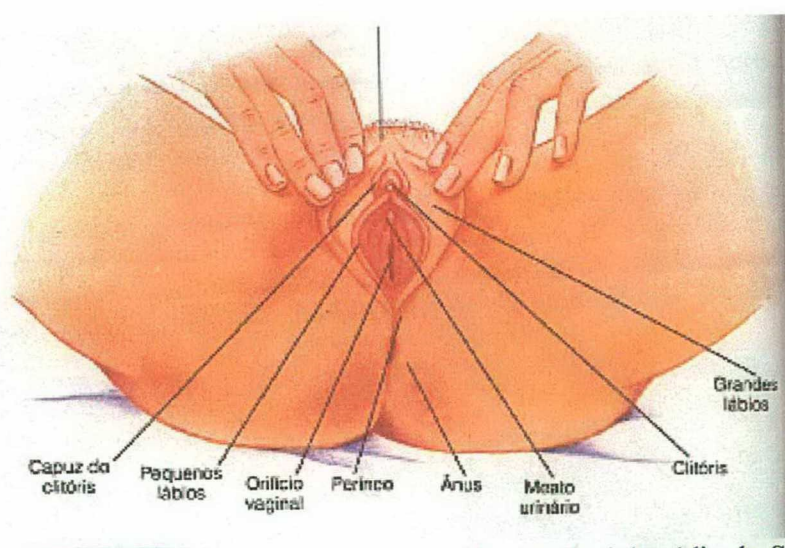
Ocluindo parcialmente o intróito vaginal, encontramos nas mulheres que nunca tiveram coito vaginal – uma formação membranosa, o hímen. É uma delgada dobra de pele e mucosa que se rompe habitualmente no primeiro coito, permanecendo apenas seus vestígios, denominados de “carúnculas mirtiformes”, que somente vão se romper totalmente com o parto vaginal. A consistência e o formato do hímen é muito variável, principalmente no que diz respeito ao número e desenho da ou das aberturas que apresenta. Normalmente essas aberturas estão presentes, pois caso contrário não haveria trajeto para escoamento do fluxo menstrual. Essas aberturas podem ser únicas ou múltiplas, circulares ou em fenda, havendo mesmo um tipo de hímen que apresenta uma abertura central tão grande que não se rompe na penetração peniana; é o hímen tipo “complacente”.

Na base do hímen (ou de seus resquícios), junto ao limite com a margem interna dos pequenos lábios, encontramos dois pequenos orifícios, que constituem a desembocadura das Glândulas Vestibulares ou de Bartholin. (VITIELLO, 2002f, p.7).

A maioria das mulheres, provavelmente, não se apercebe quando o hímen se rompe pela primeira vez e não existe razão nenhuma para que isso seja doloroso. (...). A presença ou ausência do hímen nada tem a ver com virgindade. (KITZINGER, 1985, p.43).

### **Períneo:**

É a região do tronco abaixo do diafragma pélvico que recobre a abertura inferior ou a saída da pelve. (MOORE, 1994, p. 263).



Fonte: Enciclopédia da Sexualidade, 1995.

## **GENITAIS INTERNOS**

Na descrição dos genitais internos vamos nos deter na vagina e no útero, por serem estas estruturas, as que apresentam reação no processo da resposta sexual e, portanto, as estruturas anatômicas que devem ser alvo da educação para saúde em sexualidade, relacionadas ao conhecimento do próprio corpo.

### **Vagina:**

A vagina é um tubo ou bainha musculomembranosa (7 a 9 cm de comprimento) que estende-se do colo do útero até o vestíbulo da vagina (a fenda entre os lábios menores). Na posição anatômica, a vagina desce em sentido anteroinferior. Comunicando-se acima com o canal cervical e abre-se abaixo para o *vestíbulo da vagina*. Ela atravessa o diafragma urogenital com o músculo esfíncter da uretra, cujas fibras posteriores estão fixadas à parede vaginal. (MOORE, 1994, p.251).

Durante a penetração, no entanto, a vagina se expande muito, tanto em diâmetro quanto em comprimento, principalmente quando a mulher está em fase avançada de excitação. É no parto, entretanto, que a vagina mostra toda a sua elasticidade, ampliando-se de maneira a permitir a passagem do feto.

Logo abaixo do meato uretral, a vagina apresenta uma pequena formação proeminente na linha mediana, (“*tubérculo vaginal anterior*”), que se continua numa superfície mais rugosa, também de posição anterior, em direção ao colo do útero (“*columna rugarum anterior*”). Na região diametralmente oposta, encontramos outra superfície similar (“*columna rugarum posterior*”); essas colunas parecem representar uma reserva de tecidos elásticos, cuja função seria aumentar a capacidade de distensão vaginal, em especial durante o parto. Os diâmetros vaginais são maiores, tanto em sentido antero-posterior quanto latero-lateral, na região mais próxima do colo uterino. (VITIELLO, 2002f, p.8).

### Útero:

O útero é um órgão muscular oco, piriforme, de paredes espessas, localizado entre a bexiga e o reto. Tem 7 a 8 cm de comprimento, 5 a 7 cm de largura e 2 a 3 cm de espessura. Normalmente projeta-se para cima e para frente sobre a bexiga urinária. (...). Ele compõe-se de duas porções principais: o corpo e o colo do útero. Uma pequena constrição denominada **istmo** marca a junção entre o corpo e o colo do útero. *O fundo do útero*, que é a parte superior arredondada do corpo, localiza-se acima da linha que une os pontos de entrada das tubas uterinas. As regiões do corpo onde as tubas uterinas entram são denominadas *cornos*. Como se projeta para a vagina, o colo do útero é dividido em porção *vaginal* e *supravaginal*. (MOORE, 1994, p, 253).

A parede do útero compõe-se de três camadas:

1. A camada serosa externa, denominada *perimétrio*, consiste em peritônio sustentado por uma fina camada de tecido conjuntivo;
2. A camada muscular média, designada *miométrio*, consiste em 12 a 15 mm de músculo liso. O *miométrio* aumenta muito durante a gravidez. Os principais ramos dos vasos sanguíneos e nervos do útero estão localizados nessa camada;
3. A camada mucosa interna, denominada *endométrio*, está firmemente aderida ao *miométrio* subjacente.

O *endométrio*, que é parcialmente descamado a cada mês durante a menstruação, reveste apenas o corpo do útero. O colo do útero é revestido por epitélio colunar simples,

secretor de muco. A camada média do colo do útero consiste principalmente em tecido fibroso, existe apenas pequena quantidade de músculo liso. Devido à sua estrutura, o colo do útero é mais firme e rígido do que o corpo. (MOORE, 1994, p. 254).

## **3.2. FISIOLOGIA**

### **3.2.1. COMO FUNCIONAM OS OVÁRIOS**

Os ovários produzem dois hormônios: estrogênio e progesterona. Ambos são esteróides: hormônios derivados do colesterol. Todos os esteróides são conversíveis entre si pela ação de enzimas – proteínas solúveis produzidas pelas células vivas para atuar como catalisadores.

O estrogênio desempenha um importante papel no corpo da mulher, em todas as mudanças físicas da puberdade, menstruação e gravidez. É produzido mensalmente pelo folículo ovariano em maturação e seus níveis modificam-se nas diferentes fases do ciclo.

A progesterona também é secretada em ritmo mensal. É importante na ovulação, na reconstituição do revestimento do útero quando termina a menstruação e no enriquecimento da parede uterina, para que esta ofereça um “caldo” nutritivo que alimenta o óvulo fertilizado (ovo ou zigoto).

No final do período menstrual, o nível de estrogênio eleva-se, atingindo o seu ponto máximo imediatamente antes da ovulação. O estrogênio estimula a cérvix a secretar muco, o qual é inicialmente espesso, viscoso e opaco, mas vai gradualmente mudando para tornar-se ralo, aquoso, transparente e elástico. (...). Quando o muco adquire essa consistência, permite ao espermatozóide nadar facilmente até atravessar a cérvix e daí passar pelo útero, penetrando na trompa de Falópio.

Após a ovulação, o nível de estrogênio declina abruptamente. A progesterona torna o muco espesso, de novo para formar um tampão na cérvix até o início da menstruação seguinte. Com a menstruação, os níveis de estrogênio e progesterona caem. Na falta de apoio hormonal, a superfície do revestimento uterino desintegra-se e é eliminada durante a menstruação. (KITZINGER, 1985, p.51).



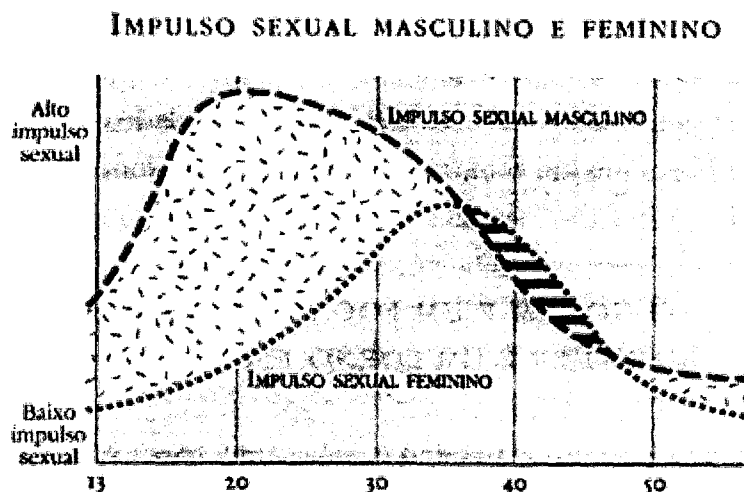
É no hipotálamo que os hormônios, principalmente a testosterona, estimulam o desejo por sexo. Se levarmos em conta que o homem tem de 10 a 20 vezes mais testosterona que a mulher e um hipotálamo maior, vamos entender porque, na maioria das vezes tem um apetite sexual maior do que o da mulher.

Está mais do que evidente que sexo é bom para a saúde. Ele aumenta o nível de testosterona, que fortifica ossos e músculos e produz o colesterol benéfico. A pesquisadora enfermeira Doutora Beverley Whipple afirma: “As endorfinas, analgésico natural produzido pelo corpo, são liberadas durante a atividade sexual e aliviam dores de cabeça, torcicolo e artrite”. Pouco antes do orgasmo é liberado o hormônio desidroepiandrosterona, que melhora a inteligência e o sistema imunológico, fortifica os ossos e inibe o crescimento de tumores. Todos os hormônios protegem o coração e aumentam a expectativa de vida. Portanto, mais sexo quer dizer menos estresse e vida mais longa. (PEASE, 2000).

A progesterona estimula o instinto materno e protetor e o estrogênio age como calmante.

O nível de testosterona, assim como o impulso sexual, vai diminuindo gradativamente à medida que o homem envelhece, enquanto que na mulher o impulso sexual se eleva por volta dos 36-38 anos, não sendo raro, nesta idade, mulheres mais velhas se interessarem por homens mais novos. (PEASE, 2000).

Apresentaremos a seguir, o gráfico que demonstra as diferenças no impulso sexual masculino e feminino:



(Fonte: Pease International Research, Reino Unido)

A ocitocina é o hormônio que provoca a vontade de ser tocada e dispara os receptores do toque. Por possuírem, uma pele mais fina do que os homens, as mulheres são dez

**vezes mais sensíveis ao toque.** Normalmente o toque é mais liberal para as meninas do que para os meninos. (PEASE, 2000, p.42, grifo nosso).

### **O ciclo menstrual:**

O ciclo menstrual é controlado por hormônios cuja produção, por sua vez, é controlada por uma parte especial do cérebro, o hipotálamo. As células neurosecretoras nos núcleos hipotalâmicos enviam mensagens químicas para a hipófise (também chamada glândula pituitária), a qual regula o crescimento e o metabolismo.

#### **1º ao 4º dias do ciclo:**

O hormônio folículo-estimulante (FSH) é produzido na hipófise e chega aos ovários, onde acarreta uma alteração química nos folículos que originam os óvulos. À medida que os folículos se desenvolvem, elaboram estrogênio.

#### **5º dia:**

O estrogênio proveniente dos folículos também passa para a circulação sangüínea e é transportado para a hipófise. Assim que o estrogênio atingiu um certo nível, a hipófise secreta menos FSH e começa a produzir o hormônio luteinizante (LH).

#### **14º dia:**

O L.H, através da circulação sangüínea, atinge o ovário, onde estimula o crescimento de um folículo. O folículo maduro libera então um óvulo. Este interrompe do folículo como uma ervilha de sua vagem e é aspirado pela trompa de Falópio. É o processo de ovulação. O folículo vazio converte-se em corpo lúteo (ou “corpo amarelo”) e começa a elaborar um outro hormônio, a progesterona, bem como estrogênio.

#### **28º dia:**

Sete dias depois, o óvulo atingiu o útero. Quando a hipófise registra um alto nível de progesterona no corpo, deflagra um mecanismo inibidor e o L.H deixa de ser produzido. Sem L.H, o corpo lúteo murcha e desintegra-se. Quando a progesterona atinge seu mais baixo nível, ocorre a menstruação. Após alguns dias de sangramento, a hipófise começa a elaborar FSH novamente e inicia-se um novo ciclo menstrual. (KITZINGER, 1985, p.53).

### **Libido e ciclo menstrual (ovulação).**

O segundo pico, aquele que ocorre uns 14 dias antes do início do período seguinte, é quando a ovulação geralmente acontece e a fertilidade está em seu ponto máximo. É uma experiência comum que os impulsos sexuais sejam mais intensos até o dia da ovulação e

depois declinem gradualmente. Algumas mulheres que não se sentem excitadas durante a menstruação podem experimentar apenas este pico.

As mulheres que evitam o ato sexual durante e imediatamente após a ovulação, porque utilizam um método pouco confiável de contracepção ou estão usando o método rítmico, podem considerar inconveniente e frustrador que justamente quando elas atingem o auge do desejo o ato sexual proibido. (Há de se considerar aqui, que para o imaginário coletivo, ato sexual é sinonímia de penetração pênis-vagina). Mas esse ritmo de excitação adapta-se freqüentemente às exigências da situação, uma prova evidente de que o sexo está mais na mente do que nos genitais.

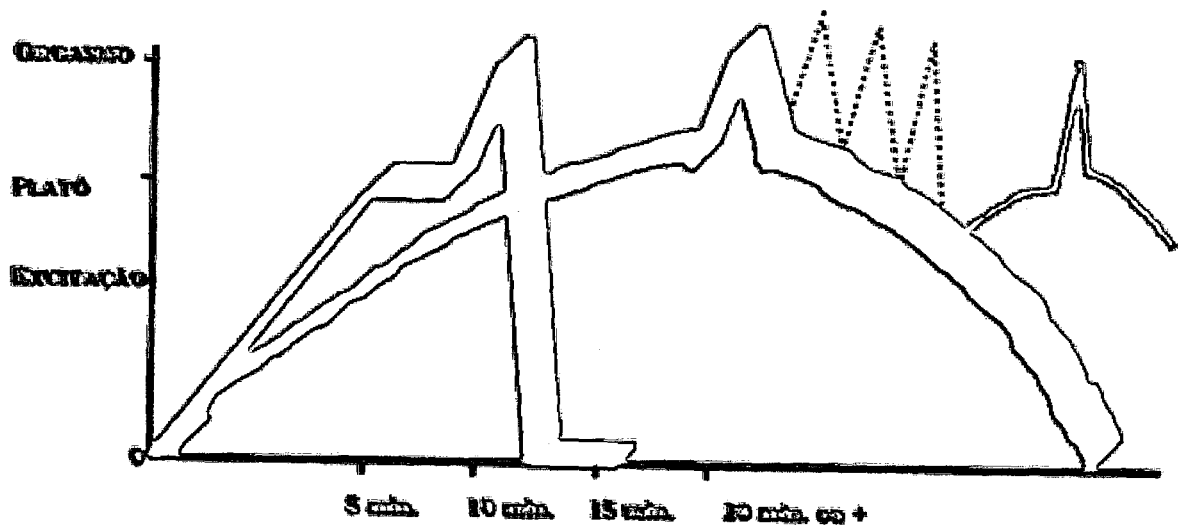
Tomar conhecimento dos próprios ritmos sexuais e do modo como podem flutuar durante o ciclo menstrual não só ajuda à mulher a entender melhor seu corpo, mas também a torna mais consciente do que gosta e quando gosta. Embora algumas estejam sexualmente excitadas de modo mais ou menos uniforme o tempo todo, ou dificilmente consigam excitar-se de uma forma ou de outra, a maioria das mulheres, no entanto, vivencia variações de estado de ânimo e de sentimentos e para elas o ciclo menstrual é como viajar num percurso marcado por colinas de desejo e vales de serenidade e paz. (KITZINGER,1985, p.63-64).

### **3.2.2. A RESPOSTA SEXUAL HUMANA**

No estudo realizado por Master e Jonhson (1981), referente à resposta sexual humana, houve a elaboração de etapas que proporcionam uma estrutura efetiva para a descrição das variantes fisiológicas na reação sexual. Um quadro sucinto da reação fisiológica aos estímulos sexuais pôde ser apresentado em quatro fases separadas. São elas: fase de excitamento; fase de platô; fase de orgasmo; fase final ou de resolução.

Visando uma melhor fixação e também propiciar um instrumento para educação em saúde na sexualidade apresentamos a seguir um gráfico que demonstra a diferença entre a resposta sexual feminina e a masculina, baseado nas quatro fases que serão descritas.

**GRÁFICO RSH**



- LEGENDA:**
- ☐ Resposta Sexual Masculina
  - ☐ Resposta Sexual Feminina
  - ☐ Período Refratário (Existente somente no homem)
  - ☐ Orgasmos Múltiplos
  - ☐ Possibilidade de Reiniciar Resposta durante período de Resolução

A intensidade e a duração da resposta são fatores que devem ser considerados na avaliação da reação sexual da mulher.

Um homem precisa de uma irrigação sangüínea de 30ml para chegar ao platô enquanto a mulher precisa de 90 a 120ml. É necessário que os homens entendam esta diferença na resposta sexual, compreendendo que a mulher demora 'mais para chegar lá'. (GARCIA, 2001).

A primeira fase, ou a fase de excitação, do ciclo humano da resposta sexual, desenvolve-se a partir de qualquer fonte de estímulo, somático ou psíquico. Esta fase de excitação é acelerada ou encurtada. Na primeira fase e na fase final, ou de resolução, consomem a maior parte do tempo gasto no ciclo completo da resposta sexual humana.

Master e Jonhson (1981), afirmam que existem diferenças entre homens e mulheres nesta fase: na mulher o clitóris aumenta de tamanho com exsudação da parede vaginal. Os

grandes lábios se afastam e os pequenos aumentam de tamanho. A vagina se alarga e se aprofunda. Enquanto que no homem a bolsa escrotal se alisa e os testículos se aproximam do corpo, ocorre a ereção peniana e mamilar.

Na segunda fase, ou fase de platô do ciclo sexual, as tensões sexuais são intensificadas e subseqüentemente atingem o nível extremo no qual o indivíduo, por fim, pode atingir o orgasmo. Caso os estímulos sejam inadequados ou suprimidos, o indivíduo não terminará a descarga orgásmica e passará, vagarosamente dos níveis de tensão da fase platô para uma fase de resolução (fase final), excessivamente prolongada.

Estes autores ainda afirmam que na mulher ocorre uma intensa vasodilatação no terço externo da vagina, que ao ser penetrada, se estreita; elevação do útero e a lubrificação que era intensa pode diminuir se essa fase se prolonga. Também apresenta rubor facial, taquicardia, taquipnéia, elevação da pressão arterial. Enquanto no homem há elevação da pressão arterial, rubor facial, taquipnéia, taquicardia. Os corpos cavernosos e corpo esponjoso se enchem de sangue, ocorrendo a ereção total, um aumento de tamanho nos testículos e a presença de uma gota clara de secreção mucóide aparece no orifício uretral.

Após a fase de platô segue-se a fase orgásmica. Esta é limitada aos poucos segundos em que a vasoconstrição e a miotonia desenvolvidas pelos estímulos sexuais são liberados. Este clímax involuntário é atingido em qualquer nível que represente o incremento máximo da tensão sexual, para a ocasião peculiar.

As reações fisiológicas existentes neste período na mulher são: ereção mamilar, manchas no corpo, musculatura tensa com perda de controle sobre as contrações, contrações involuntárias do ânus e músculos do assoalho pélvico (8 a 12 contrações a cada 0,8 segundos nas mulheres jovens e 4 a 8 nas idosas), expulsão ou não de líquido pela uretra, aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, sudorese de mãos e pés e descida do útero. Enquanto no homem ocorre ereção mamilar, manchas no corpo, musculatura tensa com perda de controle sobre as contrações, contrações involuntárias do ânus, aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, sudorese de mãos e pés. O escroto aumenta 50% de volume, os testículos sobem, ocorre a emissão e ejaculação (contração dos músculos perianais – 1 a cada 0,8 segundos). (MASTER E JONHSON, 1981).

Colocamos uma enorme responsabilidade na meta estimulada em atingir o orgasmo, limitando assim uma maior exploração do corpo e áreas em possa haver a promoção do prazer.

Juntamente com esta meta inserem-se vários mitos, sendo algum deles expostos a seguir. “O ato sexual ideal e, conseqüentemente, o preferido pelas mulheres é aquele que privilegia a penetração vaginal pelo pênis”. (FURLANI, 1998, p.59).

Ou ainda: “É através da estimulação clitoriana que a mulher será excitada ao ato sexual”. (FURLANI, 1998, p.61).

Acredita-se que esta estimulação levará a mulher ao estado de disposição para o ato sexual.

Neste ponto, é hora de desencadear a discussão a partir de duas afirmações: se no homem a região sensível do pênis é a glândula (por apresentar uma complexa rede de terminações nervosas), na mulher a maior sensibilidade é observada no clitóris, que provavelmente apresenta uma distribuição de nervos sensoriais idêntica à da glândula do pênis. A outra afirmação considera que a vagina é mais sensível ao contato próximo à sua entrada e nos tecidos mais profundos (terço externo). (FURLANI, 1998, p.62).

Vargas, (1993, p.72) reafirma a existência do ponto G, descoberto pelo ginecologista alemão Ernest Grafenberg. Ele está localizado no terço anterior da parede vaginal (distância do umbigo à região clitoridiana). É constituído de epitélios pavimentosos e estratificados, é cilíndrico, com fibras musculares estruturalmente semelhantes às do restante da vagina. Esse ponto, no entanto, quando estimulado, encrespa-se e muda de textura lisa para áspera e mais rígida.

Por ser um item na sexualidade da mulher que estimula muitas dúvidas é necessário, mais uma vez salientar a importância tanto para a mulher quanto para o homem do conhecimento do próprio corpo, sem o qual fica difícil a identificação das preferências sexuais.

O envolvimento total do corpo na resposta às tensões sexuais, embora fisiologicamente bem definido, é experimentado subjetivamente na base dos padrões da reação individual.

Na fase de resolução ocorre um período involuntário da tensão que se desenvolve como uma reação contrária, trazendo o indivíduo da fase platô e dos níveis de excitação, para um estado estimulado. As mulheres têm um potencial de resposta capaz de retornar a uma nova experiência orgástica, a partir de qualquer ponto da fase de resolução, se submetidas à replicação de estímulos efetivos. Esta facilidade de múltipla expressão orgástica é particularmente evidente se a reversão for instituída no nível da tensão desta fase.

Na mulher há um lento e suave declínio da excitação e das alterações orgânicas, até o estado de repouso. Sonolência, bem estar e relaxamento, pela ação da endorfina. No homem ocorre brusco declínio da excitação e das alterações orgânicas, até o estado de repouso.

Sonolência, bem estar e relaxamento, pela ação da endorfina, sendo que a reestimulação efetiva a níveis mais altos de tensão sexual só é possível depois de terminado o período refratário. Com poucas exceções, a capacidade fisiológica do homem para responder a reestimulação é muito mais vagarosa do que a da mulher.

Cabe ao homem aprender a se “controlar” e se educar para acompanhar o ritmo feminino, é indispensável que tanto homens quanto mulheres entendam as diferenças fisiológicas dos sexos e se importem com o prazer sexual.

Segundo Master e Johnson (1981), a divisão do ciclo da resposta sexual masculina e feminina, em quatro fases específicas, é inadequada para a avaliação dos aspectos finais psicogênicos de altas tensões sexuais. Contudo, o estabelecimento deste esboço, puramente arbitrário, fornece uma estrutura anatômica e assegura a inclusão e a colocação correta das respostas específicas ou fisiológicas dentro da seqüência contínua da resposta humana á estimulação sexual efetiva.

### **3.2.3. DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

Reserva-se o termo Disfunção Sexual para aquelas situações em que os componentes orgânicos da resposta sexual apresentam alguma alteração.(...) Portanto, Disfunção Sexual é um “bloqueio”, total ou parcial, da resposta sexual normal, qualquer que seja sua fonte de origem. (VITIELLO, 2002c, p.1).

Yabusaki e Daud (2002, p.1) afirmam que as disfunções sexuais, como todas as outras manifestações psicossomáticas, são fruto da interação do indivíduo com o seu meio ambiente, os fatores psicossociais de interferência na sexualidade provocam desencontros e conflitos no relacionamento a dois. Diante de uma situação de dificuldade sexual acaba se desenvolvendo uma estrutura de relacionamento envolvendo medo, rejeição, incompreensão, humilhação, exigência e alienação na parceria. Numa estrutura negativa e destrutiva é mais fácil retrair-se do que ter relacionamento sexual.

Yabusaki e Daud (2002), citam os inúmeros fatores que contribuem para a desestruturação da relação e conseqüentemente interferem na vida sexual do par:

**Fatores sociais:** Refere-se à vida externa, ao relacionamento a dois, todos os eventos externos que fazem parte do cotidiano das pessoas. Ex: diferença econômica, cultural, amigos

do parceiro(a), festa ou evento social, são fatores que podem desencadear desentendimentos entre o casal.

Numa sociedade onde a mulher foi em busca dos seus direitos trabalhistas não podemos deixar de comentar sobre o trabalho da mulher, lembrando que para a maioria, a auto-estima depende muito da qualidade de seus relacionamentos. Conseqüentemente, se feliz no relacionamento, não consegue se concentrar no trabalho. Ao contrário do homem que insatisfeito no trabalho, não consegue se concentrar no relacionamento. (PEASE, 2000, p.123).

**Fatores familiares:** Refere-se aos eventos internos ao relacionamento ou externos, mas originados por parentes próximos.

A família de origem sem dúvida alguma tem papel importante na vida a dois, não necessariamente por uma interferência direta no relacionamento, mas pelo que exerce na formação e desenvolvimento das pessoas no estabelecimento de valores, crenças, hábitos, enfim características que nos acompanham por toda a nossa trajetória de vida.

Os filhos exercem influência direta no relacionamento independente da fase de desenvolvimento em que estejam, quando ainda na barriga da mãe provocam ciúme no pai, pois mesmo sem terem nascido já são concorrentes, rivais que irão disputar a atenção da parceira. Ao nascer acontece a concretização da disputa, na qual a derrota se evidencia, pois o bebê necessita de atenção e cuidados especiais.

**Fatores intrínsecos do casal:** Todos os eventos que envolvem o relacionamento a dois.

A comunicação entre o par é sempre a primeira coisa a ser afetada no relacionamento e é essencial para a boa convivência. A boa comunicação acontece quando nós utilizamos todas as formas de expressão para transmitir o que desejamos: sentimentos, idéias, pensamentos, emoções, enfim tudo que seja importante para nos fazermos compreender. Em situações de conflito o que acontece é exatamente o inverso: usamos de nós mesmos pra nos distanciarmos do outro, fechando a nossa forma usual de expressão, conseqüentemente, pouco nos comunicamos.

Nessas situações a reação ao estresse é uma das diferenças surpreendentes. A mulher por possuir dois hemisférios para a fala utiliza-se dessa prática sem parar o que acaba por irritar os homens que se calam desejando ficar em paz e sozinhos. Para a mulher é prioridade um relacionamento com diálogo. (PEASE, 2002).



Para este autor, com esses fatores estressantes, a mulher só pensa em ir para casa e dormir enquanto o homem usa o sexo como sonífero. No seu dizer, para fazer sexo a mulher precisa de um envolvimento maior.

**Fatores relacionados à vida sexual:** Todos os eventos que se referem à sexualidade de cada um dos indivíduos que formam a parceria.

A cultura tem um papel importante na vida sexual (...). Estas pessoas desenvolvem também a sua sexualidade de forma peculiar e em determinado momento da vida vão se encontrar pelas identificações e sentimentos.

Bastante comum à falta de enamoramento sexual, aquela situação em que se cria todo um clima para a vivência da situação sexual, ou seja, o envolvimento, a sedução para o sexo que não envolve só carícia ou preliminares, mas todo um conjunto de ações e atitudes que conduzem para a relação sexual.

A liberdade com os corpos é imprescindível para um bom relacionamento a dois, não só para o sexo, mas principalmente no que se refere à proximidade física no dia-a-dia. Poder tocar e ser tocado a qualquer momento do dia e ter este contato como algo bom e prazeroso. Pode, na relação sexual, explorar e ser explorado em todas as sensações e sentimentos, de diferentes formas sem provocar repulsas ou reprovação do outro e assim, poder buscar a plenitude do prazer que a situação possa proporcionar. (PEASE, 2000, p.190).

Este autor declara:

Como manter uma mulher satisfeita sexualmente: Acaricie, enalteça, mime, massageie, conserte, acompanhe, cante, cumprimente, apóie, alimente, acalme, perturbe, brinque, tranquilize, estimule, afague, console, abrace, ignore as gordurinhas, paparique, excite, pacifique, proteja, telefone, adivinhe, beije, aconchegue, perdoe, ajude, divirta, seduza, carregue, sirva, fascine, atenda, confie, defenda, vista, elogie, venere, reconheça, exagere, agarre, entregue-se, sonhe, provoque, recompense, toque, aceite, idolatre e adore. (PEASE, 2000, p.190).

Em contrapartida a autora cita a forma para manter um homem sexualmente satisfeito: “Já chegue sem roupa”.

Através destes exemplos esclarece-se como as diferenças entre homens e mulheres são significativas e influenciam na prática da sexualidade, muitas vezes passando despercebidas pelas pessoas que se unem através de um relacionamento a dois.

**Fatores orgânicos:**

A função sexual excede, na espécie humana, os meros aspectos orgânicos, tornando-se dependente de fatores biopsicossociais. (VITIELLO, 2002e, p.1).

Segundo este autor, para haver um melhor entendimento é necessário expor os fatores orgânicos, separados dos fatores psicossociais, para poder haver uma diferenciação e compreensão dos mesmos. Na busca de sua compreensão foram elaborados alguns deles:

**Doenças consumptivas**, como o câncer ou tuberculose avançada, ou ainda doenças que prejudiquem intensamente o metabolismo, podem levar a uma diminuição do desejo, com prejuízo da excitação.

**Os traumatismos acidentais e as lesões conseqüentes aos atos cirúrgicos** podem alterar temporária ou definitivamente a sexualidade. Os traumas acidentais sistêmicos deprimem temporariamente o desejo pela debilidade física, podendo provocar dispareunia por alterações do calibre vaginal e cicatrização perineovaginal defeituosa. Estas lesões também podem ocasionar dor coital pós-episiotomia e pós-histerectomia total e ainda as lesões acidentais do clitóris que podem alterar a inervação sensitiva local, prejudicando a excitação.

**As moléstias hepáticas** mais sérias, tais como a cirrose hepática ou a hepatite, produzem uma incapacidade de metabolização dos esteróides sexuais, havendo assim perda do substrato endócrino da função sexual.

**Sistema circulatório**, como insuficiência cardíaca e suas conseqüências sintomáticas.

Das **desordens endócrinas**, a diabete assume um papel importante pela sua alta freqüência na população e também pela severidade das conseqüências sexuais, podendo provocar danos neurológicos e alterações vasculares.

**Uso de anticoncepcional hormonal oral**: Por conter em sua composição mais comum, estrógeno e progesterona, deprime, segundo a maioria dos estudiosos, a sexualidade de importante parcela das usuárias.

**As doenças que danificam o sistema nervoso** podem afetar de maneira drástica o desempenho sexual, tanto por interromperem os arcos reflexos que participam da condução dos estímulos sensoriais quanto por poderem afetar os centros sexuais cerebrais da região límbica, no denominado 'centro do prazer'.

Nas mulheres, patologias urogenitais têm também importantes e freqüentes repercussões sexuais.

Processos que interfiram na permeabilidade vaginal, como a **presença de miomas uterinos, tumores ovarianos e hipertrofia do colo**, por exemplo, podem provocar dor ou constituir-se em impedimento ao coito vaginal.

Nos casos de **processos inflamatórios ou infecciosos da vagina**, como a vaginite química, a vaginite por irradiação, a bartolinite, as infecções vaginais e as inflamações

anexiais, é a dor ao coito o sintoma que mais freqüentemente interfere no desempenho sexual da mulher.

Dentre as condições funcionais femininas que têm sérias repercussões sobre a sexualidade devemos lembrar o climatério. Nessa fase da vida, além de todos os problemas sociais, familiares e emocionais que acontecem à mulher, são relativamente comuns as vulvovaginites atróficas pós-menopausa, ocasionadas por queda dos níveis de estrogênios.

### **3.2.4. DISFUNÇÃO ORGÁSMICA**

Muito embora tenham surgido descobertas científicas definitivas no campo do comportamento sexual, o obstáculo que é a tendência cultural tem restringindo de tal modo o progresso, que há diminuta concordância numa definição definitiva da função sexual feminina. Existem três razões aparentes para esse beco sem saída na definição da expressão psicossocial feminina: (1) Até recentemente, havia o fracasso em criar um conjunto de informações biofísicas diretamente relacionadas. (2) Tem havido pouco interesse da duplicação dos procedimentos de investigação fisiológica. (3) Tem havido pouco ou nenhum esforço para incorporar as descobertas de laboratório confirmadas num tratamento clínico da disfunção sexual feminina. (MASTER e JOHNSON, 1970, p.216).

Então, fatores como seletividade, atenção, afeto, identidade e orgulho (para dar algumas das variáveis heterogêneas), são revelados como parte da influência ou das circunstâncias positivas ausentes, ou das negativas presentes que cercam a disfunção sexual.

É evidente que o homem tem tido as bênçãos da sociedade para criar o seu sistema de valor sexual num contexto apropriado e de ocorrência natural, mas a mulher não. Até que as situações inesperadas e normalmente mal compreendidas influenciem o começo da disfunção sexual masculina, o seu sistema de valor sexual permanece essencialmente subliminar e sua influência é mais suposta do que real. Durante seus anos de formação, a mulher disfarça grande parte da sua sexualidade funcional em desenvolvimento, atendendo às exigências que a sociedade faz de uma fachada de “boa moça”.

Uma fonte importante da disfunção sexual da mulher é a influência sócio-cultural, que freqüentemente a situa numa posição onde deve se adaptar, sublimar, inibir ou mesmo distorcer sua capacidade natural para funcionar sexualmente, a fim de desempenhar o papel que lhe é geneticamente atribuído. (MASTER e JOHNSON, 1970).

Um dos pontos importantes para a notificação da disfunção orgásmica é ter o conhecimento da Resposta Sexual Humana e das reações fisiológicas em cada fase, pois, segundo Master e Johnson (1970, p.222): “A presença da irritabilidade muscular involuntária e da congestão venosa superficial e profunda que a mulher não pode negar, são reações que surgem como prova fisiológica dos níveis consciente e subconsciente da tensão sexual”.

### **Disfunção Orgásmica Primária**

É quando a mulher comunica uma carência de consecução orgásmica durante toda a sua existência. Ou seja, descreve uma condição pela qual nem o sistema biofísico nem o social de influência necessários para a função sexual é suficientemente predominante para responder às oportunidades psicosssexualmente estimulativas proporcionadas pela auto-manipulação, manipulação do cônjuge ou pelo intercâmbio de coito.

Outra característica saliente do papel desvantajoso da mulher na relação do coito é o conceito secular de que o seu dever é o de satisfazer o seu parceiro sexual. Quando a exigência imemorial da acomodação durante a conexão do coito domina a reação de qualquer mulher, suas próprias oportunidades de expressão orgástica são proporcionalmente atenuadas.

Vários fatores podem desencadear esta disfunção, mas para muitas mulheres, uma das causas mais freqüentes de disfunção orgásmica (...), é a completa ausência de identificação com o cônjuge. (MASTER e JOHNSON, 1970).

Na parceria, a condição deve ser sempre de igualdade, não há pedestal para ninguém. É necessário que cada um possa perceber a si mesmo e ao outro para que haja um grau de compreensão e conseqüentemente conseguir uma situação transparente, para, desta forma, identificar o que se passa; quais fatores podem ser interferentes e provocadores da disfunção sexual. (YABUSAKI e DAUD, 2002, p.5).

### **3.2.5. VAGINISMO**

Para Vitiello, (2002), o fator causal primário do vaginismo é sempre psicológico, sendo o medo da relação sexual uma constante.

O vaginismo é uma síndrome psicofisiológica que afeta a liberdade de reação sexual da mulher pelo impedimento sério, senão total, da função do coito. Anatomicamente, esta entidade clínica inclui todas as componentes da musculatura pélvica que envolvem o períneo e a terça parte externa da vagina. Fisiologicamente, esses grupos musculares contraem-se

espasmodicamente, em comparação com sua reação de contração rítmica à experiência orgástica. (MASTER e JOHNSON, 1970, p.255).

## **DISPAURENIA, SEGUNDO MASTER e JOHNSON (1981).**

Mesmo sendo encarada como uma disfunção, não deve ser tratada como tal. Um dos sintomas quando da existência desta é a dor durante o coito, seja no homem ou na mulher.

Existem muitos tipos de dispaurenia, variando desde a irritação vaginal após o coito até a severa dor imobilizante com os ataques penianos.

Na abertura vaginal: A queixa de dor com a introdução do pênis deve requerer uma inspeção clínica da abertura vaginal e da área labial (grande e pequena).

Um hímen intacto ou os remanescentes irritados ou feridos do anel hímenal podem causar, e causam, dor na abertura durante a tentativa de conexão de coito.

No clitóris: Com qualquer queixa na abertura, a área clitoriana também deve ser cuidadosamente inspecionada. Muitas mulheres simplesmente não podem definir anatomicamente, ou estão constrangidas para discutir o local exato do problema da abertura, ocasionado pelas tentativas de conexão de coito. O esmegma sob o prepúcio clitoriano pode provocar irritação e ardência crônicas, que se tornam severas quando o pênis é introduzido no orifício vaginal.

Uma reação dolorosa pode ser provocada se o toque prévio desta área for de caráter mais irritante que estimulante, como acontece tantas vezes quando homens sexualmente inexperientes tentam obedecer orientações ‘competentes’ nas tentativas para estimular sexualmente a parceira. A manipulação grosseira ou a irritação masturbatória freqüente podem provocar reações dolorosas da área da glândula clitoriana.

### **No Tubo Vaginal:**

1. **Infecção:** Entre os mais perturbadores dos muitos fatores na dispareunia são as queixas de ardência, coceira ou dor na vagina, durante ou depois das relações. A existência de irritação vaginal crônica muitas vezes rouba das mulheres a sua total liberdade expressão sexual, pois elas estão bem cientes de que qualquer conexão de coito específica pode ser mais seriamente irritante do que altamente estimulante. Admitindo-se a produção inadequada de lubrificação vaginal, a mulher raramente se queixa de ardência, coceira ou dor durante o coito ou descreve esses sintomas, imediatamente após, ou mesmo numa sequência cronológica atrasada após o coito, sem a prova concomitante de patologia estabelecida no tubo vaginal.

Quando se examinam as queixas de ardência, coceira ou dor na vagina, a preocupação clínica se fixa inicialmente nos invasores infecciosos desta. As fontes primárias de infecção vaginal são contaminação de coito e retal; as fontes secundárias são o contato manual, tecidos das roupas, inserção de material estranho e desuso funcional.

As bactérias são organismos infecciosos encontrados com muita frequência nas infecções vaginais, embora as formas tricomonais ou fungóides de infecção sejam encontradas com frequência suficiente para provocar maiores motivos de preocupação clínica.

Uma das causas freqüentes de dispareunia é a vaginite tricomonal crônica, sobretudo na conexão de coito de duração significativa.

A infecção fungóide crônica é encontrada com frequência cada vez maior, já que as mulheres podem apresentar esse tipo de vaginite após o tratamento de uma doença que exija medicação antibiótica; a supressão de uma infecção por antibiótico muitas vezes resulta num crescimento excessivo de organismos que não são suscetíveis àquela medicação específica.

Entre as que se encontram com mais frequência, estão as reações de sensibilidade associadas aos produtos anticoncepcionais intravaginais. Muitas mulheres criam uma sensibilidade vaginal a fatores químicos incluídos nos cremes, geléias, supositórios, espumas ou tabletes espumosos anticoncepcionais.

Também existem irritações ocasionais criadas pela borracha usada na fabricação de diafragmas e camisas-de-vênus.

Os agentes que, com mais frequência, são responsáveis pela sensibilização mucosa vaginal e processos infecciosos e que salientam a irritação potencial do ataque peniano repetido, são os vários preparados para ducha. Muitas mulheres acham que devem fazer uma ducha vaginal (lavagem vaginal) depois de cada exposição ao coito para conservar a limpeza. Este é um dos falsos conceitos mais persistentes e generalizados no folclore da função sexual humana. Do ponto de vista higiênico, não existe a menor necessidade de fazer uma ducha após as relações.

### **Lubrificação vaginal insuficiente:**

A causa mais freqüente de dispareunia talvez seja a falta de produção adequada de lubrificação vaginal. Durante a tentativa de introdução do pênis, ou com uma conexão de coito de longa duração, deve haver lubrificação adequada, do contrário haverá irritação penosa para um ou ambos os cônjuges.

A produção inadequada de lubrificação vaginal tem muitas causas, porém a mais comum é, decididamente, a falta de interesse na oportunidade, ou falta de identificação

particular com o parceiro sexual envolvido e ainda segundo Garcia (1998) o pouco tempo dedicado as preliminares, que ignoram o maior tempo necessário para a excitação feminina do em relação à masculina.

É importante ressaltar, que nas mulheres menopausadas, o déficit de estrogênio causa diminuição e até ausência da lubrificação vaginal.

### **Fontes somáticas de dor nas estruturas pélvicas:**

Embora muitas mulheres expressem esse tipo de queixa quando procuram evitar aproximações sexuais indesejadas, existem certas condições patológicas básicas na pélvis feminina que podem provocar, e provocam, forte dor em resposta à conexão de coito ativa.

Uma das dificuldades para delinear a severidade da queixa de dispareunia está na identificação da patologia pélvica de qualidade suficiente para amparar as queixas significativas de coito doloroso feitas pelo cônjuge feminino.

### **Laceração traumática do suporte uterino:**

Uma das mais obscuras síndromes patológicas pélvicas, mas psicosssexualmente um dos mais incapacitantes é a laceração traumática dos ligamentos que sustentam o útero.

Quando examinadas clinicamente pela primeira vez, mulheres com lacerações traumáticas dos suportes uterinos, adquiridas no parto ou por técnicas criminosas e específicas de aborto, apresentam queixas comumente resultantes de congestão vascular pélvica – dispareunia, dismenorréia, e uma sensação de estar excessivamente cansada. Essas queixas são de natureza secundária ou adquirida.

A maioria das mulheres perde o interesse em qualquer regularidade de expressão sexual quando atribulada por dispareunia adquirida. Prejudicada pela constante antecipação dos estímulos pélvicos dolorosos, provocados pelo ataque peniano, elas também podem perder qualquer facilidade previamente estabelecida de retribuição orgástica.

### **Infecção pélvica e endometriose:**

A infecção (aguda ou crônica) e a endometriose são condições patológicas que incluem as vísceras reprodutoras (útero, trompas e ovários), que podem produzir uma reação dolorosa quando a mulher está compartilhando da experiência do coito. Ainda dessas duas entidades serem estudadas em separado, tem em comum a idêntica criação fisiológica de padrões durante as relações. Em ambos os casos, a reação é provocada pela irritação peritoneal resultante das adesões locais não só entre as dobras do peritônio, como também

combinando trompas, ovários, intestinos, bexiga. A combinação da distensão involuntária do tubo vaginal provocada pelo aumento da tensão sexual feminina e pelo ataque ativo do homem, durante a conexão de coito, força uma tensão sobre os tecidos pélvicos relativamente sem elasticidade, estabilizados por graus menores ou mesmo maiores de fibrose resultante de infecção ou de endometriose. Em suma, qualquer condição clínica que crie um grau indesejado de rigidez dos tecidos macios da pélvis feminina, de modo que eles não se movam livremente durante a conexão de coito, pode provocar uma reação dolorosa para o cônjuge feminino.

As infecções nas vísceras reprodutoras começam com o envolvimento crônico do colo (cervicite).

O próprio útero pode ser envolvido na infecção, na cavidade uterina (endometrite), ou num resíduo de infecção de todas as paredes musculares (miometrite), a tal ponto que qualquer pressão exercida sobre o órgão provoca uma reação dolorosa.

Evidentemente, existem muitas fontes de infecção dos ovidutos (trompas). Quaisquer infecções que se originem no colo tem oportunidade de se espalhar pela cavidade uterina e para os lumens tubários. Os principais agentes infecciosos são os gonococos, estreptococos, estafilococos e organismos coliformes.

A endometriose é uma doença na qual os implantes do tecido endométrico se espalham por todas as vísceras pélvicas e pela sua cobertura protetora, o peritônio.

### **Dispareunia pós-cirúrgica:**

São três as causas importantes de dispareunia adquirida após a extirpação do útero por patologia orgânica específica.

Primeiro, a dispareunia resultante de técnica cirúrgica descuidada.

A segunda oportunidade de adquirir dispareunia é a provocada pelas indicações cirúrgicas para extirpação dos ovários, quando o útero é retirado, ou, ademais a qualquer momento. Se não se iniciar a substituição de esteróides sexuais após a operação, muitas mulheres terão mudanças senis da vagina em com o tempo, dispareunia secundária.

A terceira incidência de dispareunia é após uma histerectomia. Raramente chega à atenção do cirurgião que fez a intervenção. A etiologia da dispareunia adquirida pode ter origem subjetiva. Se a mulher que se submete a histerectomia e/ou extirpação dos ovários não for tranquilizada, juntamente com o marido de que não precisa haver redução no impulso sexual ou na facilidade orgástica após a cirurgia, as “superstições” da sua imaginação ou das



suas amigas são capazes, pelo poder de sugestão, de criar temores de desempenho sexual para a mulher ansiosa.

O diagnóstico de dispareunia psicossomática deve ser feito por eliminação. Dar origens subjetivas à dor pélvica, independente da estrutura da personalidade da paciente, sem avaliação física definitiva da pélvis, pode resultar em má administração clínica dos pacientes. Certamente, existem ocasiões em que, a fonte física da dor pélvica, a etiologia subjetiva para a queixa será vigorosamente apreciada.

### **3.2.6. SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ**

A gravidez constitui para o casal uma época de mudanças importantes que para a mulher implica: numa adaptação física; uma adaptação do seu comportamento habitual e uma adaptação cognitiva.

Resumidamente podemos dizer que durante a gravidez ocorrem as alterações na sexualidade da seguinte forma, segundo a Enciclopédia da Sexualidade (1995).

Durante a gestação, a atividade sexual será afetada por este processo de mudança que requer uma adaptação específica. Porém, unicamente a fêmea humana tem a possibilidade de manter uma relação sexual continuada quando não existem tabus sociais que a reprimam e razões de saúde que a desaconselhem.

A partir da divisão por trimestres vamos avaliar a influência da gravidez nas relações sexuais de um casal seguidos também da fase pós – parto.

#### **A sexualidade no primeiro trimestre de gestação:**

O casal inicia um período de adaptação; primeiro às mudanças imediatas requeridas pela gravidez e, mais lentamente, à alteração mais definitiva que representa assumir a paternidade e maternidade de um ou mais filhos. É uma época de comunicação intensa e de ilusões. É conhecida a instabilidade emocional que as rápidas alterações hormonais provocam na mulher nesse período e que faz com que ela necessite, de modo especial, das demonstrações de atenção e afeto de seu companheiro. Fisicamente, algumas mulheres não experimentam grandes mudanças, mas a maioria se vê afetada por incômodos como náuseas, vômitos, cansaço e sonolência.

A diminuição do desejo nesta fase pode ser afetada pela revisão de afeto mútuo, a mulher explora seus instintos maternos e o homem os paternos (não tão intensos de momento como ela). Em ocasiões, ele sente ciúmes da atenção da mulher pela nova vida que cresce em seu seio. Além disso, aparecerão certos medos relacionados como temor de causar dano ao feto durante as relações sexuais. Neste trimestre, o mais comum é o temor ao aborto espontâneo.

Durante esta primeira fase de gestação, observa-se o aumento de sensibilidades das mamas, um aumento da lubrificação vaginal que se manterá durante toda a gravidez e que facilitará o coito.

### **A sexualidade no segundo trimestre da gestação:**

As mudanças neste período mantêm as mesmas características que no primeiro trimestre, mas são principalmente as mulheres que manifestam um aumento do desejo. Algumas mulheres mostram-se preocupadas com sua atratividade física e com a sua capacidade de despertar o interesse sexual do companheiro, razão pela qual continua sendo fundamental manter uma boa comunicação afetiva.

### **A sexualidade do terceiro trimestre de gestação:**

A diminuição do desejo nesta última etapa da gravidez é muito freqüente. As sensações diante da estimulação e o orgasmo são menores, assim como a sua freqüência, e a fase de resolução mais lenta. Nesta etapa, as alterações físicas chegaram ao ponto máximo: o tamanho do abdômen, o peso das pernas, a congestão pélvica e o cansaço. Portanto, é neste ponto que a vida sexual do casal está mais vulnerável a mudanças no seu comportamento.

Se for diagnosticada ameaça de aborto ou mesmo em pacientes que tiverem insucesso em gestações anteriores, é melhor que não tenham relações sexuais com penetração, pois, se novamente ocorrer perda e se esta acontecer coincidentemente após o coito, muito dificilmente o casal não relacionará os dois acontecimentos: o coito e a perda. (MORETTI et al, 2002).

### **A sexualidade no pós-parto:**

O reinício das relações sexuais, depois do parto, requer um período prévio de recuperação. Sem dúvida, é discutível quanto deve durar este período. Na maioria dos países ocidentais, guarda-se a quarentena, que é o período de tempo aproximado que leva a mulher a voltar a ter seus órgãos internos em ordem: a cicatrização da episiotomia leva entre sete e dez dias; a saída de lóquios, que indica que as lesões do canal do parto ainda não estão cicatrizadas, durará outros dez ou quinze dias; a secura vaginal não desaparecerá antes que sejam transcorridos uns 30 dias.

Sem dúvida, estamos falando concretamente da relação de coito, já que as carícias e as estimulações externas podem se reiniciar de imediato.

### **3.3. HISTÓRICO DA SEXUALIDADE**

Para a continuação da revisão literária faz-se necessário à exposição de alguns fatos da humanidade para uma compreensão do exercício de sexualidade, envolvendo as culturas, mitos, tabus, crenças e valores. Precisamos voltar ao tempo e contextualizar a antiguidade.

O exercício de papéis sexuais diferentes, durante o paleolítico, não tinha implicações em questão de gênero, isto é, os homens não se sentiam superiores só porque eram homens. Havia sim divisão de tarefas, segundo confiado aos homens a caça e a mulher a coleta, mas dentro de princípios razoavelmente igualitários, aproveitando-se o que cada um tinha de melhor para contribuições ao grupo. (VITIELLO, 2002g, p.7)

Hoepers, (2002, p.41): No Neolítico média (6000 a 3000 a.C.) teria começado a subordinação das mulheres, com as transformações da organização social, conseqüentes à revolução técnica caracterizada pela descoberta de novas formas de energia. Permitindo um excedente alimentar, que gerou uma explosão demográfica e sedentarização. Com a invenção do arado, a mulher foi substituída pelo homem na agricultura. As aldeias foram substituídas pelos burgos e depois pelas cidades.

Montou – se o palco “para o início da supremacia social masculina, ao que tudo indica por volta o oitavo milênio antes de Cristo. Os machos da espécie domesticavam os animais necessários para o fornecimento de carne e tração de arados, fabricavam armas e faziam guerras, além de terem sua auto-estima elevada pela descoberta de sua importância no processo de reprodução”.

Para Vitiello (2002) “Os homens sentiram-se assim superiores às mulheres. As deusas da fertilidade foram deixadas de lado, substituídas por um Deus – homem. Essa transição deu-se lentamente”.

Segundo Gonçalves (2002, p.3) houve “a encarceração à luz da virgem Maria em um papel extremamente servil, abnegado, materno e assexuado. As mulheres que não se encaixavam nestes moldes eram consideradas prostitutas, impuras e pecadoras”.

A sexualidade ficou reservada para reprodução, originando na maioria das vezes a insatisfação sexual. As mulheres invejavam as mulheres que satisfaziam os homens, consideradas como impuras.

Hoepers (2000 apud Cabral, 2000) afirma que com o cristianismo começa a pregar as idéias de castigo. Sistematizam duas figuras para representar as mulheres: Eva, a pecadora, o pecado, o mal; estava associada ao erotismo, punição, castigo. E Maria, símbolo da maternidade, associada à castidade e pureza. Como explicação ainda coloca-nos: a virgem; que concebia sem pecado, sem sexo. Esta aí a imagem da maternidade dissociada da sexualidade. Sendo que, na época da Inquisição, a Igreja primou por punir quem transgredisse as normas da sexualidade.

“O estudo da história do exercício da sexualidade humana se confunde, em praticamente toda sua trajetória, com o estudo da repressão sexual, visto que ao lado de um componente orgânico básico, nossa sexualidade passou a ser fortemente condicionada por fatores psicológicos e sociais”. (VITIELLO, 2002g, p.2)

Essa repressão sexual existe graças às forças repressoras construídas ao longo de nossa vida, que damos tanta importância a quem, quando e o que devemos ou podemos fazer no que diz respeito ao exercício da sexualidade.

Como já citado neste trabalho a “repressão sexual” é formada pelos exageros da normatização, apesar de termos consciência da necessidade de algumas normas para a conduta sexual para que possamos viver socialmente, a fim de interagir com seus semelhantes.

As manifestações da sexualidade como uma corrupção moral, especialmente se essa manifestação ocorria entre mulheres, instalou-se mesmo, no que diz respeito a educação o duplo padrão moral segundo o qual para os homens muitas coisas são permitidas, enquanto que para as mulheres quase tudo é proibido. (VITIELLO, 2002g, p.17).

Essas regras têm por objetivo disciplinar o homem. O livro publicado no Brasil em 1930 por um médico, José de Albuquerque, denominado Moral Sexual, ilustra isso:

A função sexual, quando realizada dentro dos preceitos da boa ética, sem ser desviada de sua verdadeira finalidade, sem ser transformada em objetos de prazer, respeitando a todos os preceitos da moral sexual. Neste livro a questão sexual não é

vista como a possibilidade de interação entre duas pessoas, mas sim como forma de aliviar uma necessidade premente nos homens, porque as mulheres que são honestas não têm tais necessidades. (Araújo, 2002).

Por tudo isso a sociedade toma liberdade de julgar, os comportamentos divergentes da conduta até então pregada, do certo e do errado.

Para Hoepers (2000 apud Áries, 1978), as mudanças continuaram a acontecer e os valores foram modificados. No século XVIII o valor maior era a felicidade em vida. O casamento começou a se fundamentar em escolhas tanto para o homem quanto para a mulher.

Para Gonçalves (2002) o machismo, assim como vemos, foi a resultante de um processo de busca de afirmação masculina na importância de seu grupo social. Os pressupostos machistas caminharam par e passo com outros entendimentos sobre organização social, suas bases econômicas, políticas e culturais. Os laços de família passaram a ter importância social no momento em que surgiu a idéia de “propriedade privada” e na medida que elevou-se a importância de denominar a quem pertencia o que, quem herdaria de quem, também as mulheres foram assemelhadas aos produtos pertencentes, assim como seus filhos.

Pinto (2002, p.5) afirma que Robert Stoler, cunhou em 1964 os termos de identidade de sexo e identidade de gênero. A identidade de sexo diz respeito aos aspectos biológicos, à consciência do sexo a que se pertence biologicamente, definindo o macho e a fêmea; a identidade de gênero vai dizer respeito aos aspectos culturais e individuais dessa consciência, definindo masculino e feminino.

Nota-se no decorrer da história da humanidade poucos períodos com uma visão mais liberal do exercício da sexualidade. O estudo da sexualidade humana nunca foi considerado muito importante e somente nas últimas décadas tem sido merecedor de pequena atenção. (VITIELLO, 2002).

O machismo e o feminismo são movimentos baseados nos direitos e deveres dos gêneros enraizados no passado. Envolvem a discriminação arbitrária que defende a superioridade e a dominação de um sexo sobre o outro. (GONÇALVES, 2002).

Surge também o feminismo que segundo o Almanaque Abril, (2000) é um “Movimento sócio-político que luta pela defesa e ampliação dos direitos da mulher. (...) Para o feminismo, as diferenças entre os sexos não podem se traduzir em relações de subordinação na vida social, profissional ou familiar. O movimento procura reforçar a identidade sexual feminina negando a relação de hierarquia entre o homem e a mulher”.

Atualmente através da participação das mulheres no mercado de trabalho e nos movimentos feministas nota-se a mudança dos valores que regem a sexualidade, obrigando a

revisão dos padrões de cultura. Criam-se mecanismos que permitem as mulheres exigirem a igualdade no prazer, obrigando aos homens uma maior responsabilidade sexual. (CHEROBIN, 2002).

Nesta visão histórica da sexualidade construída em um tempo e num espaço entrelaçada pela cultura, entendemos como Costa, (2001, p.32) que a “sexualidade é uma das mais importantes e complexas dimensões da condição humana. Sua compreensão envolve controvérsias e diferentes posições religiosas, morais e políticas”.

A sexualidade é culturalmente construída. Estamos falando de maneiras de agir, pensar e de sentir em uma determinada sociedade. “Assim, como se vê, nossas raízes culturais estão impregnadas e uma visão distorcida da sexualidade, onde a prática da repressão é o comportamento usual, ao menos para as mulheres, quando não também para os homens”. (VITIELLO, 2002g, p.32).

Ainda, as crianças valorizavam o sucesso como meta central de vida, não eram educadas para a felicidade. A educação passou a ser centrada no autocontrole, considerando como ‘bem-educada’ a criança que se comportasse de forma reprimida. (VITIELLO, 2002, p.16).

Temos que ter a compreensão da influência da sexualidade nas fases de nossa vida.

Como cita Gonçalves, (2002, p.1): “Freud foi mesmo um pioneiro a afirmar que todos nós nascemos com uma energia sexual a que ele dá o nome de pulsão sexual ou libido e que esta, na primeira infância, se apoiará em outras pulsões de auto-preservação para satisfazer sua necessidade de descarga e obtenção de prazer”.

Freud dividiu em 5 etapas o processo de desenvolvimento psicossocial do indivíduo aonde vai se dar o processo de aquisição de identidade sexual. São elas: fase oral, anal, complexo de Édipo e complexo de castração, período de latência e fase genital. (GONÇALVES, 2002).

Após as leituras sobre os escritos de Freud em sua teoria do desenvolvimento da sexualidade e concordando com a idéia exposta acreditamos que todas as etapas são importantes e merecem relevância.

Segundo Pinto (2002, p.2) “O corpo é a trilha que determinará o desenvolvimento da psique. Na busca por relações com o outro, desde o nascimento, a pessoa usará o corpo na medida em que for descobrindo. E o corpo se revela aos poucos, a cada momento desvelando uma área por onde a libido se manifestará.”

Quando do nascimento de uma criança, esta sem um ego plenamente constituído, diz-se que a relação com a mãe é, sem dúvida, de significativa importância porque é formativa,

constitutiva, é base para todas as outras relações humanas. A base ideológica da cultura será transmitida à criança, determinando a sua atitude com o meio ambiente. Como exemplo falaremos da fase anal “como o momento em que o ânus, o treinamento higiênico e as excreções vão desempenhar papel preponderante na localização biológica da libido”. (PINTO, 2002). Importante lembrar que, na nossa cultura, há uma aversão as excreções, o que pode determinar o treinamento higiênico rigoroso e traumatizante, com seqüelas para sexualidade.

O papel da mãe e o método utilizado para condução da higiene têm, portanto, suma importância, pois serão desenvolvidas as habilidades necessárias para retenção as excreções.

“Prosseguindo em seu desenvolvimento, simbolicamente a criança passa a rejeitar o anal, o que se estenderá pela rejeição do que está atrás e do que está embaixo, numa polarização que ficará marcante por toda vida em nossa cultura, na qual o que está atrás ou embaixo é sinônimo de desvalorizado”. (PINTO, 2002, p.14).

Quando o falo é descoberto encontra-se em grande atividade masturbatória, onde a busca é mais de excitação sensual por todo o corpo, começando pela região recém descoberta dos genitais.

Não é nosso objetivo aqui explicar todas as fases descritas por Freud, mas sim exemplificar alguns fatos que possuem importância em nossa vida.

É através da educação que devemos ser preparados (crianças, mulheres e homens) para viver na totalidade das dimensões de nossa humanidade, como um ser capaz de escolher.

### **3.4. HOMOSSEXUALIDADE**

Na Grécia Antiga, o homossexualismo masculino era não só permitido como altamente respeitado. O cristianismo veio condenar o relacionamento entre pessoas do mesmo sexo, fazendo com que o homossexualismo fosse banido.

Na era vitoriana, até a existência da homossexualidade era negada. Se descoberta, era considerada obra do diabo e punida com severidade. Mesmo às portas do século XXI, as gerações mais antigas ainda acreditam que o homossexualismo seja um fenômeno “antinatural”. Ele, na verdade, sempre esteve presente desde que o feto do sexo masculino deixou de receber a dose necessária do hormônio. A palavra “lesbianismo” vem da ilha grega de Lesbos e surgiu em 612 a.C, a homossexualidade não é vista com tanto preconceito quanto à masculina, provavelmente porque está mais associada à intimidade do que ao que se considera “perversão”. (PEASE, 2000, p.152-153).

Atualmente, segundo Trevisan (2000) dizia o poeta italiano Pier Paolo Pasolini, que o tabu da homossexualidade é um dos mais sólidos ferrolhos morais das sociedades pós-industriais, com base em novos e velhos argumentos. Além de ser inútil para a reprodução da espécie, a prática homossexual solaparia a família (em cujo seio se geram os novos consumidores) e seus padrões ideológicos (cuja ordem é consumir).

Sobretudo após a derrocada do sistema político comunista, generalizaram-se e se radicalizaram as regras de consumo nas sociedades de economia globalizada, tornando hegemônicas as leis de mercado, no mundo todo.

Como a permissividade social é basicamente oportunista, a tolerância varia de época para época, dependendo de fatores externos, que acrescentam à prática homossexual maior ou menor grau de periculosidade, conforme as necessidades circunstanciais. Por isso, apesar de tolerada no Brasil, a prática homossexual acabou se tornando freqüentemente um caso de polícia, ainda que não seja proibida por lei.

O problema do preconceito está na sociedade e no significado dado, por ela, a esta prática sexual. A discriminação é a expressão máxima da dificuldade, tanto em aceitar as diversas manifestações da sexualidade humana (tentando impor o padrão de vivência sexual aceito), como no desrespeito ao direito da escolha individual. (FURLANI, 1998, p.162).

Nos últimos anos a ciência vem estudando com mais afinco a origem da homossexualidade, como os estudos biogenéticos.

Pease (2000), cita os estudos do Dr. Gunther Dorner: Durante a sexta e oitava semana o feto pode desenvolver órgãos genitais masculinos ou femininos. O feto masculino (XY) precisa de uma certa quantidade de hormônios para formar os genitais e configurar o cérebro. Quando esta dose não é suficiente nascerá um menino que terá um cérebro masculino na essência, mas com capacidades e padrões de pensamentos femininos. O mesmo, ao chegar a adolescência, provavelmente vem se revelar homossexual.

Quando o feto é uma menina (XX) a presença do hormônio masculino é muito pouca ou nenhuma. Assim o corpo forma os genitais e o cérebro continua feminino. Quando este recebe dose significativa de hormônios masculinos seu cérebro se desenvolverá com características masculinas.

Não temos aqui a intenção de justificar a existência da homossexualidade, e sim expor um pouco do conhecimento existente. Pois acreditamos que as pessoas não são homossexuais ou heterossexuais, elas preferem está ou aquela forma de realizar a sua sexualidade, podendo, se quiser, modificá-la ao longo de sua vida.



### 3.5. DIFERENÇAS SEXUAIS SEGUNDO PEASE (2000)

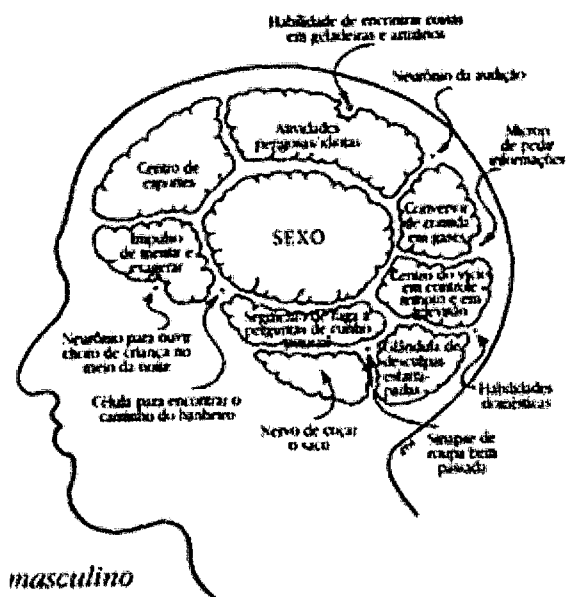
Também é necessário neste contexto sócio-cultural abordar a importância das diferenças sexuais existentes entre homens e mulheres, não são melhores, nem piores, mas sim diferentes.

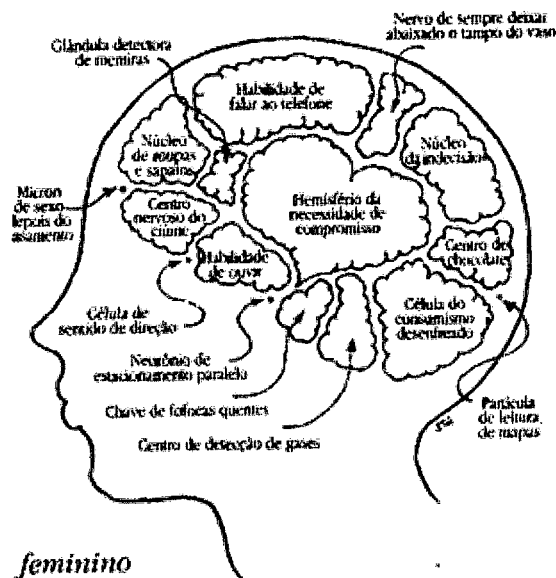
Fomos estruturados de maneiras diferentes e evoluímos com inclinações e habilidades inatas incrivelmente variadas.

As estruturas dos cérebros foram se formando de maneiras diferentes, processando assim a informação de modos distintos. Os sexos têm crenças, percepções, propriedades e comportamentos diversos.

Foi a partir do final dos anos 80 que houve uma explosão de pesquisas sobre diferenças entre os homens e mulheres e como seus cérebros funcionam.

Mostraremos a seguir as ilustrações dos cérebros masculino e feminino e suas áreas específicas, de uma forma “bem-humorada” em relação aos comportamentos mais habituais destes.





Fonte: PEASE, A., 2000.

Como o homem era destinado a caça, precisava regiões no cérebro para tal. Não precisava ser bom de conversa nem nas emoções. Produziu áreas dedicadas ao relacionamento interpessoal. A mulher precisava de aptidão para monitorar o ambiente em sua volta, boa capacidade de comunicação e habilidade para fazer várias coisas ao mesmo tempo.

Devido à necessidade de homens para guerrear e o número de mortos nessas guerras, o nascimento de uma criança do sexo masculino era recebido com saudações, desvalorizando o nascimento de crianças do sexo feminino. O sexo então visava a procriação e o aumento da população. Esta visão deu origem a poligamia.

Atualmente o homem vive em monogamia, mas com uma estrutura cerebral com estimulação mental poligâmica. Prova disto é a indústria do sexo, onde quase todas as imagens pornográficas e a prostituição se dirigem ao sexo masculino.

O homem se sente estimulado pelo que vê e a mulher pelo que houve. É por isso que o homem sente atração pelas formas femininas, gosta de variedades, como por exemplo, roupas sensuais. Este é um dos motivos pelo qual as imagens eróticas exercem tanta influência sobre eles. Através disso pode-se explicar o desejo manifestado pelos homens para a realização de sexo com a luz acesa. A mulher dá preferência para palavras doces e utilização de sons românticos.

Faz-se necessário o entendimento de todas essas diferenças para que homens e mulheres possam conviver de forma mais passiva e saudável, melhorando assim a qualidade da vida sexual.

No decorrer deste trabalho tentamos demonstrar como tudo permanece dentro de um contexto onde as diferenças entre os sexos, motivos freqüentes de discussões, as culturas, os mitos e tabus, as crenças, os valores exercem uma significativa influência em nossas vidas.

### **3.5. MITOS E TABUS, SEGUNDO FURLANI (1998)**

Optamos por reservar um item somente para mitos e tabus devido a grande e significativa influência dos mesmos em nossa vida. Essa influência mostra-se cada vez mais acentuada devido aos meios de comunicação, sejam eles; rádio, televisão, revistas, jornais e até mesmo internet. A mídia acaba por influenciar mudanças no comportamento sexual das pessoas, definindo assim papéis para homens e mulheres e também formas de relacionamento entre as pessoas. Acabamos agindo conforme pregação da mesma.

A necessidade de perceber os mitos e tabus (principalmente os sexuais), como construções humanas, frutos do desenvolvimento e da interação sócio-cultural, tornam-se fundamental ao trabalho de educadoras e educadores sexuais.

Compreendemos o conteúdo exposto e abordaremos alguns dos mitos que na nossa concepção possuem importância no contexto social em que estamos inseridos, partindo assim da definição do que é mito.

O termo mito sexual pode ser compreendido como o conjunto de concepções errôneas e falácias criadas a partir de rumores, superstições, fanatismo ou educação sexual falha.

Sabendo disso, devemos dar ênfase àqueles mitos que de alguma forma possam vir a atrapalhar ou prejudicar a qualidade de vida das pessoas. Nosso papel de educadores deve ser reforçado ainda mais quando esses mitos são comprovados cientificamente como errôneos.

Estabelecer qual a fase de nossa vida em que somos mais influenciados por eles torna-se difícil, mas como vivemos numa sociedade capitalista, nos deparamos a todos os instantes com os mesmos.

Como fundamental para satisfação durante as relações sexuais vem junto a imagem do corpo perfeito, corpo este onde “as gordurinhas” devem ser eliminadas. Nas propagandas existentes no mercado veremos moças esbeltas e atléticas.

Esses são construídos na cultura e, portanto, não são quaisquer garantia de felicidade e satisfação sexual. Sendo que os aspectos de complementaridade sentimental, de afinidade cultural, de sensibilidade afetiva são fundamentais para a vivência de uma conjugalidade

plena entre duas pessoas, mas talvez só sejam valorizadas após certa fase de nossas vidas, após certa idade, após certa maturidade sexual e de relacionamento.

O mais importante não é exatamente o tipo de corpo que temos, mas aquilo que podemos fazer com ele, com seu potencial de sedução e com capacidade de torná-lo suficientemente erótico e sensual ao prazer e à satisfação sexual e afetiva e para isso, o primeiro passo, é gostarmos dele.

Ressaltamos a aceitação do eu, assim como é. Como fazer com que o outro nos aceite se nós mesmos não nos aceitamos?

Outro mito seria: “A mulher tem menos necessidade (grifo nosso) de sexo que o homem, ou, o homem sente mais necessidade de sexo do que a mulher”.

Esse mito foi constituído historicamente, também pelo fato de a mulher só poder realizar o sexo para procriação e sem satisfação pessoal caso contrário era tida com impura e promíscua. Este mito tem seu alicerce no tabu contra a iniciação sexual feminina antes do casamento com o intuito de preservar a virgindade, tendo assim a dominação da mulher.

A solução encontrada para garantir que a criança candidata a herdar todos os bens conseguidos pelo pai fosse mesmo o filho biológico foi exigir que a mulher se casasse virgem; sendo fiel ao marido por toda a vida, dando origem a existência da fidelidade, existente na nossa cultura até hoje.

O orgasmo masculino é associado ao prazer, como uma consequência da ejaculação. Com isso, geralmente os homens procuram entender o prazer feminino por comparação, cometendo assim um erro. O raciocínio é simples e traduz-se numa questão lógica: “Já que mulher não ejacula, então ela não goza. Como quando eu gozo eu sinto prazer, então a mulher não sente prazer”.

E ainda, “É difícil para a mulher alcançar o prazer e o orgasmo nos relacionamentos sexuais”.

Reforçando a idéia de que se a mulher não ejacula a mesma não alcança o prazer.

Precisamos considerar questões que envolvem o autoconhecimento, a tranquilidade nas relações, a afinidade com o parceiro, confiança e ausência de medos para que a mulher consiga alcançar esse prazer durante seus relacionamentos.

Levando em consideração nossa cultura e as forças repressoras, é natural que se instale a insegurança, ansiedade e tensão quando das primeiras relações, pois esse envolvimento antes do casamento é considerado pecaminoso. Nosso trabalho na educação sexual está associado à não continuação desses sentimentos que carregamos desde a infância.

Colocamos uma enorme responsabilidade na meta estimulada em atingir o orgasmo, limitando assim uma maior exploração do corpo e áreas em possa haver a promoção do prazer.

Frizamos novamente a necessidade do autoconhecimento tanto individual como do casal envolvido através de diálogos com a exposição de preferências e também das fantasias.

Com a evolução das doenças sexualmente transmissíveis não poderíamos deixar de lado o mito existente em relação ao uso da camisinha, que diz que a mesma diminui a sensibilidade e o prazer nas relações sexuais. Ou ainda que é mesmo que comer “bala com papel”.

Existe ainda o pensamento que “comigo não acontece”. Um sentimento muito comum é a vergonha na hora de colocar a camisinha. Devemos ter consciência do autocuidado, o cuidado de sua própria vida.

Outro mito que faz com que as pessoas tenham uma falsa ilusão é a de que “a ingestão de álcool favorece a performance sexual”.

Busca-se medidas para intensificar o prazer sexual, seja por meio de bebidas ou qualquer outro método para superar a vergonha, a timidez, o constrangimento ou a culpa ou para uma melhor resposta sexual.

Título para muitas discussões tem-se o tabu contra o sexo anal: “Muitas pessoas, mulheres ou homens, podem alcançar o orgasmo pelo estímulo das terminações nervosas da região anal. Essas terminações são ramificações dos nervos que emergem da coluna sacral, responsáveis pelas transmissões eróticas sensitivas. Trata-se do mesmo conjunto de estruturas sensitivas-neurais responsáveis pela enervação do pênis, do clitóris e de toda a região pudenda (contrações involuntárias do ânus)”.

Respeitando todas as culturas em relação a essa prática deve-se proporcionar sim a necessidade como medida de segurança do uso da camisinha para prevenção de HIV e DSTs.

Outro tabu e que já faz parte do exercício da sexualidade é o tabu contra o sexo oral. “O sexo oral corresponde à ampla utilização dos lábios, boca, língua e cavidade da garganta na estimulação e prazer sexuais. Entre as várias atividades do sexo oral incluem o beijar, lambe, morder, sugar e explorar com a língua os órgãos genitais e as zonas erógenas do (a) companheiro (a)”.

E ainda, o tabu contra o sexo grupal, onde banimos do nosso meio qualquer forma de prática sexual, pois em nossa cultura referendamos a monogamia e o casamento e qualquer prática fora desta, é tida como errada. Traz consigo a idéia de promiscuidade, tanto no meio heterossexual e homossexual.

A exposição desses tabus mostra-nos a discriminação, o preconceito em muitos momentos de nossa vida: infância, quando brincamos com coisas de meninos ou de meninas; na juventude, quando ainda não devemos “transar”; na fase adulta, quando não devemos praticar sexo oral, anal ou grupal, quando não devemos ter fantasias e até mesmo na terceira idade, desvalorizando a imagem com rugas, com cabelos brancos e com pele flácida.

Diversos são os fatores que alicerçam tais pontos de vista em nossa cultura e se disseminam na família e em todo meio social. No que diz respeito à mulher idosa buscamos compreender os motivos como a sexualidade nesse período da vida é percebida. Constatamos, então, que as forças mais significativas para expressá-la estão na própria cultura, seguindo-se-lhe a família e as normas sociais. (BACELAR, 2002, p.19).

“Imaginando que o velho não pode mais responder aos desafios que o progresso da vida presente lhe faz, as pessoas pensam que, para o idoso, outra alternativa não resta, senão aquela de consolar-se com as lembranças agradáveis do seu passado e, numa cadeira de balanço, esperar o encontro com a morte, pois a morte é a única perspectiva de futuro que para ele existe”. (BACELAR, 2002, p.13).

Isto fica bem evidente no relato de M., solteira, 84 anos quanto a sua experiência pessoal:

“Eu acho que é o maior dos prazeres, das sensações, sensação das coisas boas da vida. (...) Uma sensação de alegria de viver. (...). Mas, sentindo essa necessidade, que é uma coisa mais profunda, quer dizer, eu digo sensual, porque eu sinto, a gente sente o prazer quando a pessoa está próxima, a gente gosta de ser abraçada, beijada, cheirosa”. (BACELAR, 2002, p.109 – 110).

Outro exemplo é ao tabu do incesto. Este é considerado como proibição, faz com que sequer sintamos atração por parentes.

“O incesto é, sem dúvida, um tabu de extensão praticamente universal. Sua proibição é fortemente reforçada pelas instituições jurídicas e religiosas que se utilizam argumentos como a imortalidade e o pecado, e/ou a possibilidade de originar descendentes anato-fisiologicamente mal-formados, o que é confirmado pelos estudos médicos em relacionamentos que objetivam a gravidez”.

A masturbação é outra prática sexual discriminada, esta é utilizada para uma busca de prazer individual, um autoconhecimento, uma possibilidade para extravasar as tensões, ampliação de práticas para compartilhar intimidade e afeto, com também como sexo seguro. Não causa impotência, esterilidade, diminuição do desejo sexual ou qualquer outra

consequência. Ou ainda outros mitos do tipo: “Homem não falha”, para homem ser homem não pode falhar, esquecendo assim que homem é um ser humano e que ser humano falha.

Portanto, é a cultura que moldou e molda nossa consciência humana básica com elementos repressores e preconceituosos frente à sexualidade. Aquilo que leva uma pessoa a ser preconceituosa (ou não), é encontrado e determinado no seu processo de educação. Embora a manifestação desses símbolos aprendidos seja individual, idéias preconceituosas estão inseridas nos processos sociais, culturais.

Finalmente, o relacionamento homem/mulher funciona, apesar das grandes diferenças entre eles.

Sabemos que estes são somente alguns dos tabus e mitos que adquirimos através de nossa cultura. A exposição destes visou uma revisão de literatura, neste aspecto, voltada para a nossa instrumentalização, para cuidar em sexualidade, compartilhando com as mulheres por nós atendidas a necessidade de avaliação e confrontação das atitudes, condutas em relação à sexualidade.

Por fim a busca dos fatores culturais que influenciam na expressão da sexualidade foi para nós uma maneira de justificar a escolha de nosso referencial teórico.

## **4. BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. MARCO CONCEITUAL**

Marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o Cuidado de Enfermagem. (NITSCHKE, 1991).

A partir do Marco Conceitual, buscamos o referencial teórico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger para subsidiar nosso estudo visando aplicar ações de cuidado em conformidade com as concepções culturais do ser humano, principalmente na temática relacionada à sexualidade; pois temos consciência da necessidade de aceitação e valorização do modo de pensar, agir e sentir das pessoas procurando enfocá-las como seres únicos.

### **4.2. CONHECENDO A TEÓRICA**

Madeleine Leininger é uma teórica norte-americana graduada em Enfermagem, no ano de 1948, em Denver, na St. Antony's School of Nursing. Tornou-se Bacharel em Ciências no ano de 1950, pelo Benedictine College, em Atchison e, em 1965, concluiu o curso de Doutorado em Antropologia na University of Washington, Seattle.

Durante os anos 50, Madeleine Leininger trabalhou no meio-oeste dos Estados Unidos, num lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem clínica. Ao desenvolver este trabalho, pode perceber que as crianças apresentavam algumas diferenças nas suas características comportamentais, que se repetiam com frequência. Leininger atribui essas diferenças a um fundo de base cultural e percebeu que a Enfermagem não possuía conhecimentos suficientes a respeito da cultura dessas crianças, para compreendê-las melhor e desenvolver as práticas de cuidados de Enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, de acordo com as suas culturas. A partir daí ela passou a se dedicar



a essa nova área de Enfermagem, ou seja, à Enfermagem transcultural, como sub-área da Enfermagem. Leininger foi a primeira enfermeira do mundo a se doutorar em Antropologia. (LEOPARDI, 1999).

### 4.3. CONHECENDO A TEORIA

Leininger construiu sua teoria de enfermagem transcultural com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. Portanto, o cuidado de enfermagem está relacionado ao contexto cultural e deve se desenvolver a partir dele. Já em 1985 Leininger publicou seu primeiro trabalho como uma teoria, apresentando em 1988 definições para os conceitos de cultura, valor cultural, diversidade cultural de cuidado, universalidade cultural de cuidado, cuidado cultural, visão de mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular de saúde, saúde, sistema profissional de saúde, cuidar/cuidado, preservação cultural de cuidado, acomodação cultural do cuidado e a repadronização cultural do cuidado. (GEORGE, 1993).

Essas definições demonstram a importância da valorização das crenças e valores pessoais de cada ser humano. Como em nossa profissão utilizamos o cuidado como palavra-chave, devemos destinar a devida atenção ao meio cultural, pois cada pessoa tem o seu conhecimento e sua prática de cuidado.

Leininger deu a sua teoria o nome de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado e representa o Modelo Sunrise (Sol Poente) (Anexo A). Este Modelo pode ser entendido como tendo quatro níveis. Os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimentos para o planejamento e a execução de cuidado cultural coerente.

O **nível um** é a visão de mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura - o supra-sistema, em termos de sistema geral.

O **nível dois** oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. Este nível propicia significados e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado e a saúde.

O **nível três** focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem. As informações do nível três incluem as características e cada sistema, bem como os aspectos específicos do cuidado de cada um. Essa informação possibilita a identificação de

semelhanças e diferenças, ou diversidade cultural de cuidado e universalidade cultural de cuidado.

O **nível quatro** é o nível das decisões e ações do cuidado de enfermagem, e envolve a preservação/ manutenção cultural do cuidado, a acomodação/ negociação cultural do cuidado e a repadronização/ reestruturação cultural do cuidado. É nesse nível que ocorre o cuidado de enfermagem. No Modelo Sunrise, é no nível quatro que é desenvolvido o cuidado coerente. Leininger salienta que o modelo não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. O objetivo é auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura. (GEORGE, 1993).

#### **4.4. PRESSUPOSTOS DE LEININGER**

Leininger apresentou algumas explicações de suas idéias, pressupostos para apoiá-la onde diz que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo”. (LEININGER apud LEOPARDI, 1999).

A partir desta colocação poderemos ter uma visão do que constitui os pressupostos que se seguem, relacionados mais precisamente com a temática da sexualidade:

- O cuidado cultural é “o mais amplo meio de conhecer, explicar, justificar e prever fenômenos de cuidado em enfermagem e de orientar as atividades de cuidado de enfermagem”. (LEININGER apud GEORGE, 1993).
- O cuidado humano é universal em toda as culturas, podendo ser demonstrado por meios de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes. (LEININGER apud GEORGE, 1993).
- Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo. (LEININGER apud GEORGE, 1993).

- Cada cultura humana tem um conhecimento e uma prática genérica de cuidado e, geralmente, tem um conhecimento e uma prática profissional de cuidado, que varia transculturalmente. (LEININGER apud LEOPARDI, 1999).
- Enfermagem é uma disciplina de cuidados transculturais humanísticos e uma profissão cujo propósito maior é servir o ser humano.(LEININGER apud LEOPARDI, 1999).
- Clientes que experienciam cuidados de Enfermagem incongruentes com suas crenças, valores e modos de vida apresentam sinais de conflitos culturais, estresses e preocupações éticas e morais. (LEININGER apud LEOPARDI, 1999).
- O conhecimento de significado e práticas, derivados das visões de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos da linguagem é essencial para guiar a Enfermagem e as ações no fornecimento de cuidado cultural coerente. (LEININGER apud GEORGE, 1993).
- O *atender*, como verbo, é definido como “ação direcionada para o auxílio, apoio ou capacitação, voltados para outro indivíduo (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humanas”. (LEININGER apud GEORGE, 1993).
- As expressões, padrões e estilos de cuidado possuem sentidos diferentes, em diferentes contextos culturais. O fenômeno do cuidado pode ser descoberto ou identificado, através do exame da visão de mundo, estrutura social e língua do grupo cultural. (LEININGER apud GEORGE, 1993).
- Para ser eficiente, legítima e relevante à diversidade de raças no mundo, a enfermagem precisa estar baseada no conhecimento e nas habilidades de cuidado transcultural. O cuidado de enfermagem, com bases culturais é um fator decisivo para promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para recuperação da doença e da deficiência. (LEININGER apud GEORGE, 1993).

#### **4.5. PRESSUPOSTOS PESSOAIS**

- O cuidado é uma ação praticada por nós tendo como objetivo proporcionar o bem-estar e a interação do ser humano na situação em que este está envolvido, respeitando seus valores sócio-culturais.
- A universalidade do cuidado na temática de sexualidade tem uma relevância importante para conscientização de que valores pessoais são atribuídos, ao modo de pensar, agir e sentir de cada ser humano.
- O cuidado de enfermagem transcultural deve atender as expectativas e necessidades do cliente respeitando suas crenças advindas do que ele entende por sexualidade.
- A enfermagem deve dar subsídios para compreensão e repadronização, se necessário, dos indivíduos quanto a sua percepção de sexualidade, promovendo o exercício do cuidado de forma a contribuir para uma melhora na qualidade de vida.
- A cultura é formada pelos valores e crenças adquiridos no curso de uma história de vida, inseridos num determinado contexto social.
- Para haver promoção ou manutenção da saúde da cliente no âmbito da sexualidade a enfermagem deve agir de forma consciente e prestativa sem esquecer os padrões da cultura que pode interferir neste cuidado.
- Não é possível cuidar sem ter a noção da visão de mundo de cada indivíduo, pois culturas diferentes determinam padrões diferentes que devem ser respeitados.

#### **4.6. CONCEITOS RELACIONADOS À TEORIA DE LEININGER**

##### **➤ ENFERMAGEM**

Para Leininger a enfermagem é, essencialmente, uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidado a povos de várias culturas diferentes. (...) Ela apresenta três tipos de ações de enfermagem que possuem uma base cultural, sendo, assim, coerentes com as necessidades e valores dos clientes. São elas: a

preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/ negociação cultural do cuidado e repadronização/ reestruturação cultural do cuidado. (...) Esses três modos de agir podem conduzir à execução do cuidado em enfermagem que melhor se adapte à cultura do cliente, diminuindo, assim o estresse cultural e o potencial para o conflito entre o cliente e provedor de cuidado. (GEORGE, 1993).

#### ➤ **CONTEXTO AMBIENTAL**

O Contexto Ambiental é definido como sendo a totalidade de uma acontecimento, situação ou experiência. (...) focaliza um determinado grupo (sociedade) e os padrões das ações, pensamentos e decisões que ocorrem como resultado dos “valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidos, partilhados e transmitidos”. (LEININGER apud GEORGE, 1993)

#### ➤ **SER HUMANO**

Os homens são seres universalmente provedores de cuidado, que sobrevivem numa diversidade de culturas por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes. Sobrevivem em suas culturas, através da localização e do tempo. (LEININGER apud GEORGE, 1993).

#### ➤ **CUIDADO CULTURAL**

O cuidado cultural em seus conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais, pode ser diferente (diversidade) ou similar (universalidade), através de todas as culturas do mundo. Cada cultura humana tem um conhecimento e uma prática genérica de cuidado e, geralmente, tem um conhecimento e uma prática profissional de cuidado, que varia transculturalmente.

Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular. (LEOPARDI, 1999).

#### ➤ **CULTURA**

Cultura abrange valores, crenças, normas e práticas de vida, aprendidas, compartilhadas e transmitidas em um grupo específico, que direcionam seus pensamentos, decisões e ações em formas padronizadas. (LEININGER apud LEOPARDI, 1999).

## ➤ SAÚDE/DOENÇA

Um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado que reflete a capacidade que os indivíduos possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória. Ela se refere aos sistemas de saúde, às práticas de saúde, aos padrões mutáveis de saúde, a promoção de saúde e a sua manutenção. A saúde é um conceito importante na enfermagem transcultural, devido à ênfase na necessidade que tem as enfermeiras de possuir conhecimentos específicos à cultura em que a enfermagem está sendo exercida. Acredita-se que a saúde seja entendida como algo universal a todas as culturas embora definida no âmbito de cada cultura, numa forma que reflita as crenças, valores e práticas daquela determinada cultura. Assim, a saúde é também universal e diversificada. (LEININGER apud DAL FORNO et al, 2000).

## ➤ SEXUALIDADE

Sexualidade é todo um sentimento, uma concepção de si e do outro, busca e oferta de momentos, carícias e toques, que ultrapassam os limites do corpo, não necessitando necessariamente passar pelo ato sexual (ainda que o englobe), podendo propiciar um conjunto de experiências significantes e outras expressões da sexualidade manifestadas no comportamento, estando muito mais ligada a fatores culturais do que a espécie. (GARCIA, 1998).

## ➤ SEXO

Conjunto de traços orgânicos diferenciados que nos seres vivos distinguem o macho da fêmea; Conjunto dos indivíduos pertencentes ao mesmo sexo; Os órgãos genitais externos. (MINI DICIONÁRIO LUFT, p.568).

Para Montgomey (1993) sexo (genitalidade) não é atributo exclusivo dos seres humanos, estando presente em todos os seres vivos.

## ➤ POTENCIAL SEXUAL

É entendido como o conhecimento do próprio corpo para que haja uma compreensão das suas potencialidades bem como os fatores que tem influencia negativa nesta, facilitando assim uma melhor exploração do seu corpo e ou cônjuge, envolvendo todas as preliminares, como por exemplo: toques, carícias ou olhares, para uma vida sexual feliz. Levando sempre em consideração as crenças culturais, os mitos e tabus bem seus valores.

### ➤ **ATITUDES SEXUAIS SAUDÁVEIS**

É a prática sexual exercida, com ou sem o cônjuge, pelas pessoas. Esta de forma prazerosa e consciente resultando em uma boa qualidade de vida.

### ➤ **PRAZER SEXUAL**

É ter uma vida sexual prazerosa, na qual o orgasmo pode ou não estar inserido. Tendo o prazer como uma sensação de bem estar durante a prática sexual exercida.

## **5. DESCREVENDO A METODOLOGIA**

### **5.1. ASPECTOS GERAIS DO CAMPO DE ESTÁGIO**

O estágio foi desenvolvido no período de 09 de abril a 12 de junho de 2003, no período matutino, num total de 220 horas, no ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que se localiza no piso térreo do prédio do Hospital Universitário, especificamente na área C do ambulatório. O Hospital Universitário localiza-se no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, bairro Trindade na cidade de Florianópolis – S.C.

O ambulatório de Tocoginecologia surgiu em 1980, juntamente com a fundação do Hospital Universitário e dividia o espaço físico como o ambulatório de Pediatria. Atualmente, a estrutura física do ambulatório é contemplada com 9 (nove) consultórios e um corredor de espera, sendo que esta área física encontra-se em conjunto com a ortopedia. São realizadas consultas de: climatério, genética, ginecologia geral, ginecologia operatória, mastologia, oncologia, pré-natal, histeroscopia e planejamento familiar.

A demanda surge da área de referência do Hospital Universitário (Trindade, Serrinha, Carvoeira, Pantanal, Córrego Grande e Santa Mônica), a partir das mulheres encaminhadas do Centro de Saúde pela central de marcação de consultas ou do próprio Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário. Na área de Enfermagem, o ambulatório dispõe de 2 (duas) enfermeiras: Helena Maria Xavier Faraco no período matutino e Silvana Pereira no período vespertino.

### **5.2. POPULAÇÃO ALVO**

A clientela atendida neste trabalho foi composta por mulheres que livremente concordaram em participar do projeto assistencial desenvolvido, assinando um termo de consentimento Livre e Informado. (Apêndice I).



Foram atendidas mulheres que procuraram o Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário a fim de realizarem consultas de Enfermagem na prevenção de câncer cérvico-uterino e mama e as que foram encaminhadas ou buscaram espontaneamente o ambulatório, diretamente para consulta em sexualidade. Nesta consulta foi abordada a opinião das mulheres atendidas através de uma Ficha de Avaliação (Apêndice II).

### **5.3. PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Segundo Leopardi, (1999, p.99): “Leininger não aponta uma metodologia para executar o processo de Enfermagem, porém o modelo sol nascente serve de guia para o planejamento e a intervenção da Enfermagem e oferece instrumentos teóricos para adaptação do objeto de trabalho”.

“O Processo de enfermagem tem como objetivo principal guiar as ações de enfermagem com o propósito de auxiliar o cliente a satisfazer suas necessidades individuais”. (BENEDET e BUB, 2001, p.34).

O processo de enfermagem é um modelo que visa um melhor direcionamento no trabalho do enfermeiro. As fases que compõem este processo são: Levantamento de dados; Diagnóstico; Plano Assistencial e Avaliação.

#### **1. Levantamento de Dados**

Ao procurar-nos para realização do exame colpocitológico, após assinado consentimento livre e informado, as mulheres responderão a um questionário utilizado e elaborado pelas acadêmicas da oitava fase de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina baseando-se em Maestri e Liz Apud Faria et al (1999). O levantamento de dados se dará através deste instrumento. (Anexo B)

A consulta de Enfermagem deve ser um momento de interação com as mulheres, para que possamos transmitir a confiança necessária para que as mesmas possam expor com sinceridade seus problemas, medos, angústias, dúvidas, entre outros. A partir disso teremos uma noção das crenças, dos valores, do grau de conhecimento do seu próprio corpo, o modo de cuidado exercido por elas e a compreensão sobre o exercício da sexualidade.

É necessário que haja acima de tudo respeito advindo de nossa parte para que as mesmas não se sintam constrangidas. A comunicação verbal e não-verbal deve ser

apreendida durante toda consulta. Observação e silêncio são palavras chaves. Julgamentos e preconceitos devem ser abandonados antes da iniciação da consulta.

## 1. Diagnóstico

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre respostas do indivíduo (...), aos problemas de saúde/processos de vida vigentes ou potenciais. Proporcionam a base para a escolha de intervenções de enfermagem que visam a obtenção de resultados pelos quais a enfermeira é responsável. (NANDA apud CARPETINO, 2001).

Para Leininger, não deve haver uma declaração diagnóstica por parte do enfermeiro, mas o uso de valores e práticas de cuidado específico da cultura que devem ser usados como uma poderosa direção para a prática de Enfermagem. (LEOPARDI, 1999).

Por seguirmos Leininger e concordarmos com a citação acima realizaremos a observação junto às mulheres sobre o que é problema.

Esta etapa constitui na observação, junto à cliente, dos dados coletados durante as consultas, refletindo, analisando e concluindo sobre a situação desse ser único e presente em um contexto sócio-cultural.

## 3. Plano Assistencial

Nosso plano assistencial compreenderá a assistência a cliente diante dos problemas referidos e/ou levantados por nós havendo então uma implementação do modo de cuidar com o intuito de estabelecer os cuidados de enfermagem.

Os modos de ação constituem quatro fases:

➤ **Preservação do cuidado conforme a cultura da cliente:** nossas ações visarão suporte, apoio e auxílio as clientes por nós atendidas respeitando seus valores, crenças, mitos e tabus adquiridos ao longo de sua vida.

➤ **Adaptação cultural do cuidado:** quando da identificação de algum problema buscar trabalhar com as clientes o mesmo, reforçando os hábitos que favorecem uma vida saudável.

➤ **Repadronização cultural do cuidado:** reestruturar os padrões por elas vivenciados ao longo de sua vida, valorizando sua cultura.

➤ **Fazendo o cuidado:** Colocar em discussão e em prática as ações por nós expostas no decorrer deste estudo com avaliações periódicas das mesmas.

#### 4. Avaliação

Segundo Benedet e Bub (2001, p.49) a “avaliação é definida como a verificação das mudanças na situação de saúde do cliente, conseqüente às ações de enfermagem. Na avaliação, o enfermeiro determina a adequabilidade do plano de cuidados e realiza as modificações necessárias”.

Em nossa compreensão esta avaliação deve ser realizada no decorrer do processo, propiciando se necessário uma adaptação das ações prestadas pelo enfermeiro, visando uma melhoria na qualidade destas.

#### 5.4. RELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DO MODELO SUNRISE E O MÉTODO GERAL DE ENFERMAGEM

##### Processo de Enfermagem:

- I Levantamento de dados
- II situação da vida atual
- III compreensão dos padrões de vida
- IV Diagnóstico, Plano Assistencial e Avaliação.

O Modelo Sunrise apresenta quatro níveis, os três primeiros níveis do modelo envolvem o reconhecimento da situação cultural, podendo ajudar a prevenir o choque da imposição cultural. Busca-se descobrir indutivamente o cuidado cultural e seus influenciadores, a fim de entender e desenvolver maneiras de prover cuidados culturalmente congruentes. (GEORGE, 1999).

Esses níveis são semelhantes às fases de avaliação e diagnóstico do processo de enfermagem. (GEORGE,1999).

Agora veremos mais detalhadamente todos os níveis:

O conhecimento de **nível um** precisa ser aplicado à situação da cliente, seja ela um indivíduo, uma família, um grupo ou uma instituição sociocultural

**Nível dois:** Em seguida, é sabido que a cliente existe num sistema de saúde e os valores, crenças e comportamentos populares, dos profissionais de enfermagem daquele sistema de saúde precisam ser identificados.

**Nível três:** Ao longo desse processo de avaliação, é importante que se reconheça e identifique aquelas características que são universais ou comuns nas culturas e aquelas que são diferentes ou específicas à cultura que está sendo avaliada. Após a identificação das diversidades e universalidades culturais de cuidado da cultura, pode ser elaborado um diagnóstico de enfermagem baseado naquelas áreas em que o cliente não encontra uma diversidade ou universalidade de cuidado.

Uma vez feito o diagnóstico, ocorrem o planejamento e a implementação, no nível quatro, nas Decisões do Cuidado de Enfermagem e nas Ações, são elas: preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

## **5.5. PLANO DE AÇÃO**

**OBJETIVO 1:** Conhecer a estrutura física e operacional do Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário.

**Estratégia:**

♂ Reconhecer a área física, as normas e rotinas e os funcionários, fazendo reconhecimento dos programas que estão sendo desenvolvidos no ambulatório, em que nível de assistência se encontram e como ocorre a relação deste serviço com os outros níveis de assistência.

**Avaliação:** Esse objetivo será considerado alcançado se for seguida a estratégia proposta, no decorrer do estágio.

**OBJETIVO 2:** Integrar-se à equipe multidisciplinar do Ambulatório de Tocoginecologia e apresentar a proposta de trabalho a ser desenvolvida.

**Estratégia:**

♂ Apresentar o grupo de estágio e o projeto à equipe multidisciplinar buscando interação e parceria no desenvolvimento do projeto, através da solicitação à equipe médica de encaminhamento de queixas relativas a sexualidade para nosso atendimento

**Avaliação:** O objetivo será considerado alcançado se seguirmos a estratégia proposta no decorrer do estágio.

**OBJETIVO 3:** Divulgar a proposta de trabalho junto à população para captação de demanda para Consulta em Sexualidade

**Estratégia:**

♀ Visitar os Centros de Saúde do Saco Grande II, Saco dos Limões, Agronômica, Itacorubi, Córrego Grande entrando em contato com as Enfermeiras dos mesmos para entrega de ofício e explicação do projeto a ser desenvolvido, referenciando nosso projeto para encaminhamento das clientes com necessidades de atendimento em sexualidade.

♂ Divulgar a proposta de trabalho através dos meios de comunicação, e cartazes por nós formulados direcionando à população do Hospital Universitário e no Campus Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

♀ Entrar em contato com os meios de comunicação (rádio, jornal, TV) para divulgação à comunidade em geral.

**Avaliação:** O objetivo será alcançado se for seguida a estratégia proposta, nas duas primeiras semanas de estágio.

**OBJETIVO 4:** Captar demanda para o desenvolvimento da proposta através da Consulta de Enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.

**Estratégia:**

♀ Realizar Consulta de Enfermagem com a coleta de exame colpocitológico e exame de mama à mulher com enfoque na sexualidade durante anamnese, com o objetivo de captar demanda para consulta em sexualidade.

**Avaliação:** O objetivo será considerado alcançado quando a partir da consulta se estabelecer um relacionamento que possibilite o encaminhamento da mulher para o alcance dos objetivos propostos.

**OBJETIVO 5:** Realizar a Consulta de Enfermagem em sexualidade adotando o Referencial Teórico de Madeleine Leininger.

**Estratégia:**

♀ Auxiliar o cuidado prestado em consonância com o Referencial Teórico de Madeleine

♂ Aplicar roteiro para a Consulta de Enfermagem em sexualidade.

♂ Auxiliar na compreensão da história da sexualidade e sua influência na vida sexual, desmistificando tabus, mitos e crenças; proporcionando assim uma melhoria na qualidade de vida.

♀ Buscar, sempre que possível introduzir o parceiro, nos atendimentos em sexualidade.

Leininger.

**Avaliação:** O objetivo será considerado alcançado se forem realizadas as consultas aplicando a estratégia proposta, no decorrer do estágio.

**OBJETIVO 6:** Elaborar material didático para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.

**Estratégia:**

♂ Elaborar folders (resposta sexual humana, anatomia do aparelho reprodutor, dicas de autocuidado, DST, mitos e tabus) educativos a fim de proporcionar um melhor esclarecimento quanto ao exercício da sexualidade.

♀ Utilizar manequim da pelve feminina e mamas, cartaz dos métodos anticoncepcionais, que estão presentes no Ambulatório.

**Avaliação:** O objetivo será considerado alcançado se forem aplicadas as estratégias propostas.

**OBJETIVO 7:** Promover no decorrer da atividade prática, atividades educativas sobre a temática da sexualidade, facilitando o processo educativo.

**Estratégia:**

♂ Elaborar material para divulgação da mesma.

♀ Buscar parceria na enfermeira especialista na área de sexualidade para auxiliar na realização das palestras.

♂ Participar das aulas de Sexualidade da quarta fase do curso de graduação em Enfermagem e da oitava fase do Curso de Graduação em Medicina, juntamente com a professora orientadora do projeto.

**Avaliação:** O objetivo será alcançado se for seguida a estratégia proposta.

**OBJETIVO 8:** Buscar aprofundamento teórico na temática da sexualidade.

**Estratégia:**

♂ Buscar bibliografia sobre assuntos que estão relacionados com a temática sexualidade, realizando a leitura e fichamento das mesmas, discutindo-as com a orientadora.

♀. Participar de eventos científicos que abordem a temática da sexualidade de culturas por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes.

# **CRONOGRAMA**



SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
17/03 Aula de Contexto	18/03 Interfaces	19/03 Elaboração do Projeto; Objetivo 8	20/03 Elaboração do Projeto; Objetivo 8	21/03 Elaboração do Projeto; Objetivo 8	22/03	23/03
24/03	25/03 Orientação Elaboração Projeto Objetivo 8	26/03 Elaboração do Projeto Objetivo 8	27/03 Elaboração do Projeto Objetivo 8	28/03 Elaboração do Projeto Objetivo 8	29/03	30/03
31/03 Elaboração do Projeto Objetivo 8	01/04 Elaboração do Projeto Objetivos 6,8	02/04 Elaboração do Projeto Objetivos 6,8	03/04 Finalização do Pré-Projeto Aula da Orientador	04/04 Entrega do Projeto Objetivo 8	05/04	06/04
07/04 Entrevista com a Banca	08/04 Apresentação oral do Projeto Objetivo 8	09/04 Início do Estágio Objetivos 1,2,3,4,5 e 8 1º Pré-Jornada Sex.	10/04 Estágio Objetivos 1,2,3,4,5 e 8 1º Pré-Jornada Sex.	11/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5 e 8	12/04	13/04
14/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	15/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	16/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	17/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	18/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	19/04	20/04
21/04 Feriado	22/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	23/04 Estágio Objetivo 8	24/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	25/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	26/04	27/04
28/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	29/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	30/04 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	01/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	02/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	03/05	04/05
05/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	06/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	07/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	08/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	09/05 Estágio Objetivos 2,3,4,5,8	10/05	11/05

12/05	Estágio	13/05	Estágio	14/05	Estágio	15/05	Estágio	16/05	Estágio	17/05	18/05
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
19/05	Estágio	20/05	Estágio	21/05	Estágio	22/05	Estágio	23/05	Estágio	24/05	25/05
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
26/05	Estágio	27/05	Estágio	28/05	Estágio	29/05	Estágio	30/05	Estágio	31/05	01/06
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
02/06	Estágio	03/06	Estágio	04/06	Estágio	05/06	Estágio	06/06	Estágio	07/06	08/06
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Participação do 3º Sepe	
09/06	Estágio	10/06	Estágio	11/06	Estágio	12/06	Fim do Estágio	13/06	Preparação do relatório	14/06	15/06
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
16/06	Preparação do relatório	17/06	Preparação do relatório	18/06	Preparação do relatório	19/06	Preparação do relatório	20/06	Preparação do relatório	21/06	22/06
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
23/06	Preparação do relatório	24/06	Preparação do relatório	25/06	Preparação do relatório	26/06	Preparação do relatório	27/06	Preparação do relatório	28/06	29/06
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
30/06	Preparação do relatório	01/07	Preparação do relatório	02/07	Entrega do relatório	03/07		04/07	Entrevista com a banca	05/07	06/07
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
07/07		08/07	Apresentação dos relatórios	09/07	Apresentação dos relatórios	10/07	Apresentação dos relatórios	11/07		12/07	13/07
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8		
13/07		14/07		15/07		16/07		17/07	Entrega do Relatório Final	18/07	19/07
Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Objetivos 2,3,4,5,8	Entrega das notas	

***Legenda:***

**Objetivo 1:** Conhecer a estrutura física e operacional do Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário.

**Objetivo 2:** Integra-se à equipe multidisciplinar do Ambulatório de Tocoginecologia e apresentar proposta de trabalho a ser desenvolvida.

**Objetivo 3:** Divulgar a proposta de trabalho junto à população para captação de demanda para Consulta em Sexualidade

**Objetivo 4:** Captar demanda para o desenvolvimento da proposta através da Consulta de Enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.

**Objetivo 5:** Realizar a Consulta de Enfermagem em sexualidade adotando o Referencial Teórico de Madeleine Leininger.

**Objetivo 6:** Elaborar material didático para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.

**Objetivo 7:** Promover no decorrer da atividade prática, atividades educativas sobre a temática da sexualidade, facilitando o processo educativo.

**Objetivo 8:** Buscar aprofundamento teórico na temática da sexualidade.

## **7. AVALIANDO E DESCREVENDO OS RESULTADOS**

Realizamos 46 (quarenta e seis) dias de prática assistencial no período matutino, de segunda a sexta-feira, com algumas atividades educativas no período vespertino e noturno.

A seguir passaremos a descrever a execução de cada objetivo proposto.

**Objetivo 1:** Conhecer a estrutura física e operacional do Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário:

Destinamos para conhecer a estrutura física e operacional os dois primeiros dias. Chegamos para o primeiro dia de estágio repletas de expectativas e ansiedades, pois seria nosso primeiro encontro com a realidade com a qual iríamos trabalhar.

Procuramos explorar a área física fazendo um reconhecimento do local bem como seus consultórios, equipamentos, normas e rotinas e materiais necessários para a realização das consultas.

Procuramos nos inteirar do ambiente aonde iríamos realizar as consultas em sexualidade para um melhor desenvolvimento do projeto assistencial.

Este objetivo foi considerado alcançado, ressaltando-se que para tanto, foi fundamental a colaboração de nossa supervisora.

Destacamos que a execução deste objetivo foi primordial para o pleno desenvolvimento das atividades.

**Objetivo 2:** Integrar-se à equipe multidisciplinar do Ambulatório de Tocoginecologia e apresentar proposta de trabalho a ser desenvolvida.

Nossa integração com a equipe multidisciplinar foi lenta e gradual, se aprofundando no decorrer do estágio.

Nossa expectativa inicial foi a integração com os profissionais da medicina, pois tínhamos o interesse de encaminhamento, por parte dos mesmos, para nossas consultas em sexualidade.

Em nosso primeiro contato com um dos ginecologistas do ambulatório explicamos o trabalho a ser realizado pedindo a colaboração do mesmo, que mostrou-se surpreso com a

proposta e nos indagou sobre a necessidade da mesma, alegando que: *“Mulher só tem dois problemas: libido e orgasmo”*. Tal afirmação veio ao encontro do que nos fala a bibliografia sobre o despreparo dos profissionais de saúde, em especial dos ginecologistas, para atender as questões pertinentes ao exercício da sexualidade.

Após esclarecimento mais aprofundado sobre o trabalho a ser desenvolvido, houve então o encaminhamento de uma paciente por este profissional para nosso atendimento.

Buscamos durante todo o tempo manter uma boa interação com a equipe multidisciplinar: atendentes, enfermeiras, médicos, estudantes e profissionais da limpeza, sendo de suma importância este convívio para a realização do nosso projeto.



**FOTO1: Equipe Multidisciplinar**

Apesar disto houve um momento em que a falta de mais uma sala para nosso atendimento ocasionou cancelamento de consultas. Tivemos então uma reunião com a orientadora, supervisora e coordenadora do ambulatório para o reajuste dos horários disponíveis para ocupação das salas. Ficando assim: Apenas uma sala para o nosso uso. Nas terças e quintas duas salas após as 10:00 horas, nas sextas duas salas disponíveis e nas segundas e quartas apenas uma sala.

Com a restrição das consultas, buscamos outro local para que o atendimento pudesse ser efetuado. A princípio atenderíamos na sala de aula da ortopedia. Após a liberação da sala de vacinação, esta nos foi concedida pela enfermeira Rosângela Ferrari da DPX - Divisão de Pacientes Externos, e a partir daí realizamos as consultas no ambulatório e na sala concedida pela DPX.

Nosso objetivo foi considerado cumprido.





**FOTO 2: Sala concedida pela DPX**

**Objetivo 3** - Divulgar a proposta de trabalho junto à população para a captação de demanda para Consulta em Sexualidade.

Nossa primeira preocupação foi divulgar a proposta nos Centros de Saúde: Agrônômica, Córrego Grande, Itacorubi, Saco Grande e Saco dos Limões visando o atendimento a estas comunidades e não somente as pessoas do Campus Universitário. Esta captação foi realizada através de ofícios encaminhados pessoalmente aos Centros de Saúde antes do início do estágio. (Apêndice III).

Para nossa satisfação houve retorno destes, bem como do centro de Saúde do Morro das Pedras, sendo que oito mulheres, por nós atendidas vieram encaminhadas dos postos. Esta experiência foi muito válida, pois conseguimos identificar o interesse da população bem como dos profissionais que fizeram estes encaminhamentos, conquistando assim uma parceria multidisciplinar, uma vez que as clientes foram encaminhadas por ginecologistas, psicólogos e enfermeiros. (Anexo C).

Houve a elaboração de cartazes posteriormente distribuídos pelo Campus e Hospital Universitário. Seis atendimentos foram realizados através deste meio de divulgação.

Um dos pontos importantes que observamos durante a colocação dos cartazes foi à curiosidade demonstrada pelas pessoas bem como indagações (gozações) quanto à seriedade nas consultas, o que voltou a comprovar que, como diz a bibliografia à temática da sexualidade é permeada por mitos e tabus.

Para contemplar melhor nossa divulgação entramos em contato com a rádio UDESC e fomos entrevistadas pela radialista Maryanne Mattos, sobre o trabalho que estávamos desenvolvendo. Esta gravação foi ao ar no dia 22/04/03 às 08:00 horas da manhã.

Esta foi nossa primeira entrevista, onde tivemos a oportunidade de reflexão sobre a magnitude do trabalho, sendo um momento em que nos sentimos muito valorizadas como acadêmicas.

Como consequência desta divulgação fomos procuradas por vários estudantes de jornalismo. Primeiramente, por Clarissa Mazon com a qual gravamos uma entrevista para a rádio CBN- diário que foi ao ar no dia 25/04/03. Após entramos em contato com Maykon de Oliveira Bento do Programa Universidade Aberta que fez uma matéria que saiu no site: [www.unaberta.ufsc.br](http://www.unaberta.ufsc.br) no dia 28/04/03. (Anexo D).

No dia 30/04/03 Ana Paula Souza nos procurou interessada neste assunto para uma matéria para o site da AGECOM: [www.ufsc.br](http://www.ufsc.br). Esta se encontrou disponível a partir do dia 05/05/03. (Anexo E).

No dia 30/04/03 tínhamos agendado um encontro com a jornalista Romi de Liz do Caderno Donna do Diário Catarinense que nos procurou via telefone, após conhecimento do nosso trabalho. Além de nos entrevistar, a jornalista entrevistou também duas mulheres por nós atendidas.

A entrevista foi realizada em um dos consultórios do Hospital Universitário. No final da mesma foram tiradas fotos tanto das mulheres quanto nossas.

Segundo a jornalista, esta matéria estaria disponível nas bancas no dia 11/05/03. Posteriormente nos foi solicitado então os companheiros das mesmas e também uma mulher com mais idade. Entramos em contato com uma paciente de 54 anos que aceitou e forneceu entrevista por telefone. Um dos companheiros das primeiras pacientes entrevistadas também consentiu.

Fornecemos partes do nosso trabalho para colocação na matéria e permanecemos no aguardo da publicação.

No dia 01/06/03 a matéria foi publicada. Deixamos aqui registrados alguns pontos negativos da mesma:

- Utilização da nossa entrevista e das nossas pacientes sem nenhuma vinculação com nosso trabalho.
- Frase citada com nossa referência que vai em oposição ao trabalho desenvolvido até então e ao que foi realmente falado: “Se a mulher sabe que demora mais para chegar lá, o ideal é que comece a se preparar com antecedência”.
- Mudanças no depoimento do companheiro da paciente.



► Não exposição do trabalho que estava sendo desenvolvido no Hospital Universitário conforme prometido. Sendo este um dos principais objetivos quando da entrevista realizada, para que a comunidade tivesse acesso a um atendimento gratuito em sexualidade.

► Várias afirmações nossas, concedidas durante a entrevista, foram utilizadas, sem referência a nossa pessoa.

Após lermos com um misto de surpresa e revolta a entrevista, entramos em contato com a jornalista e expusemos nossas argumentações para uma posterior mudança na matéria bem como para nossos protestos.

Gostaríamos de salientar que esta vivência nos proporcionou um grande aprendizado. Vivenciamos a importância dos meios de comunicação e seu papel junto à população. Nosso nome foi levado para todo o Estado de Santa Catarina e citado juntamente com nomes conceituados de ginecologistas, terapeutas sexuais e psicólogos.

A aceitação desta reportagem nos foi demonstrada através de elogios, parabenizações e interesse pela reportagem exposta, onde tivemos a oportunidade de refletir sobre a dimensão do nosso trabalho e o reflexo causado nas pessoas. Foi com grande satisfação que vimos esta temática ser abordada com seriedade na mídia, a partir de nosso trabalho.

Fomos procuradas também por Greyci Girardi no dia 07/05/03 para uma gravação para a rádio da UFSC. Também no dia 13/05/03 por Paula Perreira da Rádio Ponto para outra entrevista. Estas foram ao ar nos respectivos dias no horário das 12:00 horas.

Finalmente foi a vez da TV Cultura entrar em contato para uma reportagem. Esta foi filmada dia 07/05/03 no ambulatório onde desenvolvemos nosso trabalho, pela bolsista da AGECON, Bruna Flores. Pudemos expor para a comunidade de uma forma mais ampla e dinâmica nosso trabalho. Esta foi ao ar durante toda semana de 12 à 17/05/03. Na UFSC TV (canal 15) apareceu na segunda-feira às 15:00 horas, na terça-feira às 08:30 horas, na quinta-feira às 17:00 horas e na sexta-feira às 11:00 horas. Na TV Cultura - SC (Canal 2- aberto, Canal 5- TVA) na terça-feira às 10:00 horas, na quinta-feira às 12:00 horas e 00:30 minutos e no sábado às 11:00 horas.

A divulgação da TV Cultura foi muito importante para nós, pois não imaginávamos que nosso trabalho fosse tomar esta proporção. Nos sentimos valorizadas e ao mesmo tempo estávamos preocupadas com a ética profissional não só desta entrevista, mas também de todas as citadas anteriormente, pois sexualidade é um termo que deve ser tratado com seriedade para que as pessoas tenham o entendimento da importância do reconhecimento dos problemas sexuais para suas vidas. Ficamos muito felizes, pois consideramos que esta mensagem foi passada ao público.



Consideramos este objetivo plenamente alcançado.

**Objetivo 4:** Captar demanda para o desenvolvimento da proposta através da Consulta de Enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.

Um dos nossos objetivos era a realização do preventivo para a captação de demanda. Não sendo este nosso foco principal e por haver uma grande procura da população diretamente para a Consulta em Sexualidade atendíamos as mulheres agendadas para este exame apenas nos dias livres ou nos dias em que as clientes agendadas para a Consulta em Sexualidade não compareciam.

O contato com as mulheres para este exame foi muito proveitoso, pois percebemos o quanto importante é a anamnese anterior ao procedimento bem como o diálogo e abertura para que a cliente se sinta à vontade para exposição de suas dúvidas, queixas e preocupações.

Ao entrarem no consultório muitas pacientes já expunham sua ansiedade em relação ao exame, seja de forma verbal ou não-verbal. O fato de ser um profissional do sexo feminino para realização do exame bem como tempo, atenção, explicação dos procedimentos e importância deste diminuía a ansiedade das pacientes. Observamos que as mulheres têm dificuldade em fazer o auto-exame de mamas, preferindo que este seja feito por um profissional da saúde.

Pudemos constatar a existência de muitos mitos, tabus e preconceitos em relação à sexualidade. Muitas das mulheres diziam não possuir nenhum ‘problema’ mas relatavam a existência de amigas, parentes e pessoas conhecidas que gostariam de comparecer a consulta. Para tanto levavam consigo o número do telefone para marcação da mesma: *“Tenho uma amiga que reclama disso”*, *“Não preciso, mas vou indicar para uma pessoa que conheço”*. Outras mulheres mostravam uma visão pecaminosa para com este tema, provavelmente decorrente da repressão, não aceitando assim a consulta.

Também durante a realização do exame, quando questionadas quanto à presença de libido e orgasmo, muitas mulheres relatam a inexistência destes. Em contrapartida, diziam não possuir tempo para realização da Consulta em Sexualidade e também dificuldade para faltar ao emprego. Eram comuns as frases: *“Não tenho tempo”* e *“Estou com pressa e hoje não posso parar para uma consulta. Na verdade já fazia três anos que eu não fazia nem o preventivo, nunca sobra tempo para mim”*. Gostaríamos de citar como exemplo o dia 28/05/03 onde atendemos três mulheres na realização do preventivo. A primeira relatou dor durante a penetração, falta de libido e orgasmo. Foi agendada uma consulta em sexualidade. A



segunda, 49 anos, sem parceiro, disse que esta consulta seria boa, mas para quem possuísse parceiro. A terceira, 76 anos, sem parceiro, também não aceitou a consulta em sexualidade. Segue abaixo o relato desta terceira cliente: “Este mundo está virado. Não admito ver as crianças passando a mão na barriga da mãe quando esta encontra-se grávida, deixando a barriga de fora. As jovens estão muito fáceis, as pessoas transam a qualquer hora. Antigamente não era assim. Se a mente não pensa o corpo não pede, por isso não preciso de sexo. Quando um homem vê uma mulher de perna de fora, este deve desviar o olhar”.

Um dos momentos mais relevantes durante as consultas do preventivo era quando durante a anamnese, as mulheres levantavam alguns pontos referentes à sexualidade e acabávamos por realizar uma Consulta em Sexualidade mesmo sem a aplicação do roteiro. Este foi o caso de C.R., 26 anos, grávida de 33 semanas que decorrente de seu estado grávidico foi abordada quanto a sua sexualidade. Foi explicada a anatomia genital masculina e feminina bem como outros pontos relevantes neste estado; importância do uso do preservativo e realização do exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama, amamentação (pega correta e uso do próprio leite para evitar fissuras mamilares), descartando a possibilidade machucar o bebê durante a atividade sexual. Foi orientado também que esta é uma fase em que o diálogo com o parceiro é importante para que ocorram mais carícias e atenção. Também abordado o ato sexual, não se restringindo apenas a penetração salientando outras formas para obtenção do prazer sexual.

Apesar de não ter tempo, achou as orientações bem válidas e não fez a Consulta em Sexualidade por causa do tempo e também porque não poderia faltar novamente no trabalho. Relatou: “*Esta conversa já me ajudou muito, foi muito legal juntar as informações que eu já havia aprendido com as da sexualidade*”.

Ainda tiveram outros casos em que a sexualidade foi abordada. Como A.M., 23 anos, que não realizou a consulta em sexualidade, mas foi orientada quanto a Resposta Sexual Humana, conhecimento do próprio corpo, mitos e tabus e diferenças sexuais. Ao final desta relatou: “*Não preciso mais, as orientações já foram muito boas para mim*”.

Através dos exames para prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, nove atendimentos se transformaram em Consultas de Sexualidade.

Consideramos este objetivo como cumprido, pois a maioria das mulheres demonstrou interesse para com o tema, relatando que este assunto nunca é abordado nas consultas dos profissionais da saúde, parabenizando-nos pela iniciativa.



**Objetivo 5:** Realizar a Consulta de Enfermagem em sexualidade adotando o Referencial Teórico de Madeleine Leininger.

Para a realização das consultas em sexualidade seguimos o roteiro já elaborado por Moretti et al (2002), que proporciona visualizar a mulher como um todo, não simplesmente a sexualidade.



**FOTO 3 e 4: Consultas de Enfermagem em Sexualidade**

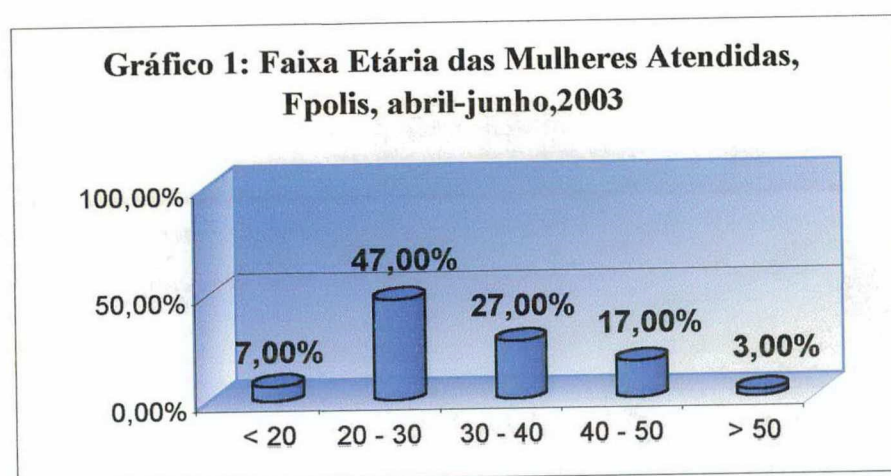
Durante os 46 (quarenta e seis) dias de estágio tivemos 56 (cinquenta e seis) agendamentos específicos para a consulta em sexualidade, destas 21 (vinte e uma) compareceram. Foram encaminhadas 11 (onze) mulheres para o retorno e 4 compareceram. Estes quatro comparecimentos foram muito valiosos, pois foi possível observar a riqueza do trabalho, principalmente quando o que tentamos passar as mulheres foi apreendido e praticado. Isto ocorreu em um dos nossos atendimentos, onde a mulher relatou ter dificuldade em conversar sobre sexualidade com o parceiro e após a consulta a mesma enviou um e-mail para o parceiro contando sobre uma fantasia. Relatou no retorno que, quando se encontraram, a fantasia foi realizada e foi maravilhoso. Observamos a repressão cultural existente e a falta de conversas sobre este assunto. Em contrapartida também o retorno de mulheres que não procuraram se ajudar, nos dando a visão de que nada adianta a orientação se esta não quiser mudar, pois sentimos que nos procuraram para ter alguém que simplesmente as ouvisse. Ficamos sem saber o retorno das consultas às mulheres que não compareceram, o que nos deixou pensativas, pois acreditamos que todo retorno agendado se fazia necessário. Temos

como exemplo uma mulher que se auto-agredia toda vez que pensava em ter relação com o companheiro, pois imaginava que não conseguiria chegar ao orgasmo.

Além destas 21 (vinte e uma) mulheres, 9 (nove) foram captadas através da realização do preventivo de câncer cérvico-uterino.

Salientamos que várias outras mulheres por nós atendidas no preventivo de câncer cérvico-uterino, não foram consultadas em sexualidade por falta de sala disponível para atendimento, como relatado no objetivo 2.

A seguir passaremos a descrever os resultados das 30 (trinta) consultas realizadas em sexualidade:



**Fonte:** Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

A faixa etária das mulheres atendidas variou desde 16 até 59 anos, conforme gráfico acima, mostrando-nos que a sexualidade envolve todas as fases da vida da pessoa, independente da sua idade. Surpreendeu-nos a procura do serviço por mulheres mais novas, nos dando a entender que as mulheres estão preocupadas com a sua sexualidade cada vez mais cedo, bem como as de mais idade. Um dos casos que nos marcou foi o relato de uma mulher de 59 anos que apesar de não ter parceiro fixo relatou que quando tem relação “é maravilhoso”, sendo amante de dois homens; um de 60 e outro de 40 anos. Interessante ressaltar que, apesar de nossos estudos na temática da sexualidade, nosso primeiro pensamento sobre este caso foi preconceituoso e com juízo de valor. Foi uma consulta bem interessante onde nossos valores foram confrontados, o que nos aprimorou no exercício da atitude não julgadora e nos levou a refletir e aceitar cada pessoa como ser único e com seus próprios valores.

Atendemos mulheres com escolaridades das mais diversas desde primário incompleto até pós-graduação incompleta; superior e pós-graduação 30%, ensino médio 23% e ensino



fundamental 47%. Algumas vezes quando nos deparávamos com mulheres de nível escolar elevado logo pensávamos o que iríamos dizer a essas pessoas, fazendo pressupostos até mesmo antes do atendimento começar. Constatamos então que o nível de escolaridade não influencia na sexualidade.

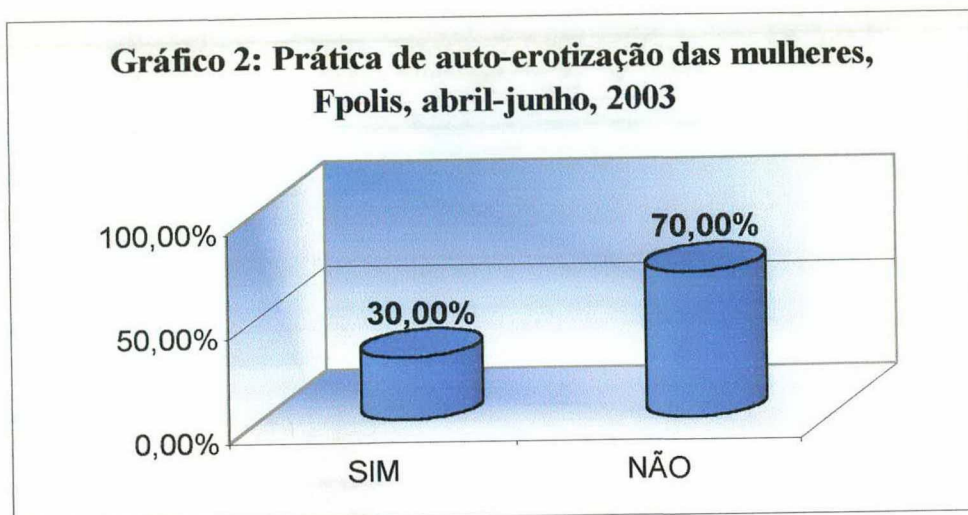
Sobre a renda mensal: 3% recebem nenhum salário mínimo, 13% recebem um salário, 13% dois salários, 27% três salários, 10% quatro salários e 33% 5 salários ou mais. Quanto à situação conjugal 53% eram casadas/concubinas, 23% solteiras e 23% separadas; destas 87% possuem parceiro.

Quanto à religião 50% eram católicas, 17% evangélicas e 13% espíritas, 13% não possuem religião e 7% outras. Questionadas se suas famílias eram religiosas 70% relataram que sim e 30% que não. A influência da religião sobre a sexualidade, apesar de nem sempre explicitada verbalmente, foi por nós percebida quando perguntávamos sobre o que consideravam pecado atualmente bem como o que a família tinha como pecado. Referente a pergunta quanto à existência de toque e carinho durante a infância/adolescência, 43% responderam que estes não existiram.

Questionadas sobre o motivo da consulta as respostas que predominaram foram: queixas de anorgasmia, inapetência sexual, dispareunia, por curiosidade, para esclarecimento de algumas dúvidas, por não satisfazer o marido, dentre outras.

Das mulheres atendidas 43% faziam uso de anticoncepcional oral e injetável, e apenas 30% relataram o uso do preservativo masculino durante as relações sexuais, sendo que estas tinham a concepção de que o uso de preservativo só deve existir no caso de traição. Ressaltamos, que, pelos relatos, percebemos que muitas vezes o parceiro usa a confiança no relacionamento como desculpa para o não uso do preservativo, desconsiderando seu uso para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção. Tal situação nos leva a refletir sobre a necessidade constante de campanhas educativas sobre doenças sexualmente transmissíveis versus uso do preservativo.

Em relação ao conhecimento do próprio corpo: 63% das mulheres atendidas já haviam visualizado sua vulva e 37% não. Quando questionadas se conseguiam distinguir as partes da genitália como o clitóris, percebemos que muitas das mulheres não sabiam ao certo a localização ou nem a existência do mesmo.



**Fonte:** Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Das mulheres atendidas por nós, 70% não possuíam o hábito da masturbação, enquanto 30% já haviam realizado este ato. Muitas mulheres se privam do ato da masturbação, por não conhecerem as finalidades deste. Observamos através de relatos que as mesmas não praticam por acharem que este ato é errado e por “não dever ser realizado por mulher direita”. Questionadas sobre as sensações frente à masturbação as mulheres relataram: “Bem-estar”, “Bom, melhor do que com o marido”, “Difícil”, “Só me masturbei quando era adolescente”, “Porque é pecado”, “Como se tivesse vencendo uma barreira, um alívio”, “Eu faço e dá uma loucura total”. Também o relato de uma paciente que retornou para uma consulta “No início achei bem estranho, mas me toquei, o que mais me chamou a atenção foi que o clitóris salientou e continuei mexendo, até tive prazer sexual, mas achei estranho ficar sozinha depois”.

Tendo em vista que masturbação é um ato/termo que carrega um preconceito cultural muito grande, durante as nossas consultas utilizamos o termo auto-erotização.

Cerca de 83% das mulheres conheciam as áreas onde gostam de serem tocadas, acariciadas. Quando indagadas sobre outras possíveis áreas de prazer permaneciam pensativas e relatavam não terem certeza destas. Apesar de conhecerem o próprio corpo, muitas destas mulheres não o exploram. Quando questionadas se tinham abertura para falar o que desejavam ao seu(s) parceiros 73% das mulheres responderam que sim, mas quando tinham que expor as dificuldades ao(s) parceiros, isto quase não ocorria.

Em relação à existência de beijos e estimulação antes da penetração 73% responderam existir, sendo que o tempo de duração destas concentrou-se entre cinco a quinze minutos e apenas 27% acharam estas suficientes. Sabendo da existência das diferenças entre homens e



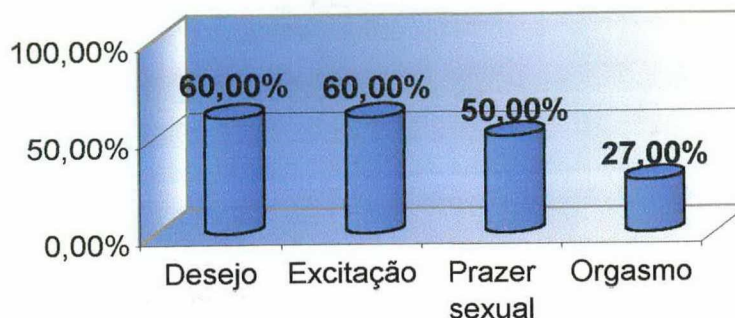
mulheres, demonstradas na literatura em relação ao tempo Resposta Sexual Humana, concluímos ser o tempo médio das preliminares na população atendida insuficiente para excitação da mulher, levando os casais à inadequação sexual, pelo desconhecimento ou desrespeito as diferenças individuais. Neste sentido, nosso cuidado de enfermagem, mostrou-se importante no esclarecimento sobre Resposta Sexual Humana e diferenças individuais entre homens e mulheres.



**Fonte:** Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

Quanto à lubrificação durante a relação sexual, 50% relataram possuir e 47% não ter e/ou às vezes. Perguntadas se sentem dor durante a penetração: 53% responderam que sim e relatavam não expor esta situação ao parceiro. Acreditamos que a falta do diálogo com o parceiro, bem como o não envolvimento durante o ato sexual e não exposição dos problemas, assim como o pouco tempo destinado as preliminares por ausência de lubrificação, muitas vezes levava as mulheres a sentirem dor. Muitas antes do ato sexual já imaginavam que teriam dor ou que não teriam prazer, o que muitas vezes levava as mesmas à não terem lubrificação suficiente para o ato sexual.

**Gráfico 4: Fases da Resposta Sexual Humana e Prazer Sexual, Fpolis, abril-junho, 2003**



**Fonte:** Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

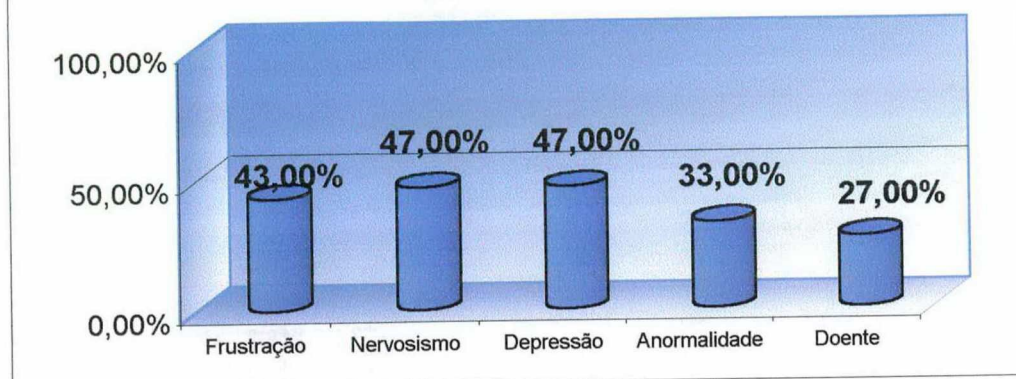
Perguntadas quanto às fases da Resposta Sexual Humana: 60% sentem desejo e se excitam, 27% sentem orgasmo e quanto ao prazer sexual 50% o sentem. Criamos uma nova definição de prazer sexual (Ver conceito página 53), que utilizamos durante a realização das consultas, porque acreditamos ser mais importante sentir o prazer sexual do que atingir o orgasmo.

Em relação à vida sexual 73% relataram que em algum momento não desejavam fazer sexo e fizeram para satisfazer o parceiro. Esta conduta foi observada quando da existência do medo de ser traída ou quando o sexo foi praticado por este ser considerado como uma função da mulher. Quanto ao questionamento sobre gostar de sexo 83% das mulheres relataram que sim e 17% não.

Tendo como principal queixa a anorgasmia, observamos uma enorme preocupação nas mulheres na meta em atingir o orgasmo, limitando assim uma maior exploração do corpo e áreas em que possa haver a promoção do prazer.



**Gráfico 5: Sentimentos em relação aos problemas sexuais, Fpolis, abril-junho, 2003**



**Fonte:** Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

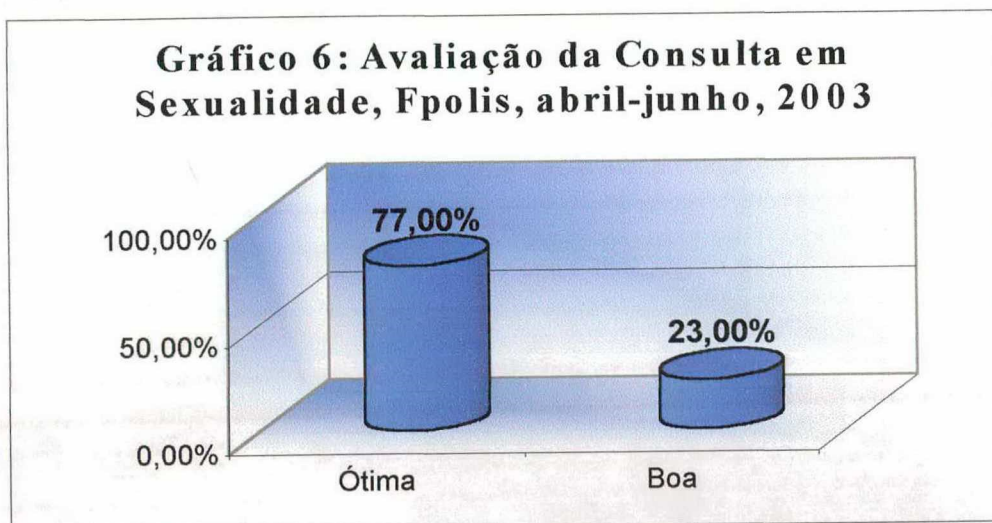
Frente aos problemas sexuais as mulheres relataram sentir-se: 47% nervosas, 47% deprimidas, 43% frustradas, 33% anormal, 27% doentes. Acreditamos que a saúde compreende o bem estar geral do ser humano e na ausência desta observa-se a presença dos sentimentos acima expostos. Por isto muitas vezes as mulheres passam a não desejar a realização do ato sexual, apesar de gostarem do mesmo.

Observamos que os mitos e tabus em relação à sexualidade estão tão arraigados e introjetados que quando questionadas sobre estes em relação à atividade sexual, obtínhamos como resposta a não existência dos mesmos. Quando explicávamos mostrando o folder “Mitos e Tabus da Sexualidade” elaborado por nós, (Apêndice IV), um dos mais freqüentes relatados pelas mulheres foi o de que o homem possui mais necessidade de sexo do que a mulher e que o tamanho do pênis influencia na relação sexual.

Perguntadas sobre como descreveriam sua vida sexual atual, as mulheres relataram: “Uma droga”; “ausência de orgasmo há três anos”; “nada a dizer”; “meio angustiada”; “um fracasso”; “maravilhosa”; “difícil”; “regular”; “boa”; “mais ou menos normal”; “se não me tocasse seria inexistente”; “péssima”; “melhor do que antes, mas poderia melhorar mais ainda”; “estou cansada de não chegar ao orgasmo”; “boa mesmo”.

A percepção sobre a auto-imagem foi outro ponto que nos chamou a atenção, pois apenas 43% das mulheres consideravam-se bonitas. Lembramos aqui, que a percepção sobre si mesma influencia na expressão da sexualidade. Acreditamos ser a mídia, um dos responsáveis por esta preocupação incessante das mulheres em busca do corpo perfeito, ao estereotipar e universalizar o corpo perfeito como sinônimo de vida sexual prazerosa.

Para 67% das mulheres esta foi a primeira vez que procuraram ajuda para seus problemas sexuais, sendo que algumas relataram ter procurado um ginecologista, que não deu a atenção necessária para resolver o problema exposto. Por exemplo: *“Falei ao meu ginecologista que estava sentindo muita dor de cabeça, este respondeu que isto é problema de mulher que não faz sexo”*. Relatou-nos não ter atividade sexual há seis anos.



**Fonte:** Dados colhidos pelas acadêmicas durante o período de estágio.

No final da consulta foi dado às mulheres uma Ficha de Avaliação sobre a consulta em sexualidade: 77% acharam a consulta ótima e 23% acharam boa.

Quanto a opinião sobre a realização da Consulta juntamente com o parceiro, 100% acharam importante, mas a grande maioria expôs que mesmo achando importante não acreditavam que o parceiro aceitaria vir para a consulta: *“Acho importante mas ele não viria”*, *“Seria interessante mas talvez me inibisse um pouco”*, *“Bastante rico por proporcionar um crescimento mútuo”*, *“Não teria coragem”*.

Se gostariam de retornar para consulta em sexualidade, 89% respondeu que sim. Tivemos a oportunidade de ter o retorno da resposta dos parceiros de duas mulheres atendidas e o porquê não compareceram a consulta juntamente com a parceira: *“Só porque foi na consulta acha que sabe tudo”*, *“Vai querer me dar um mapa agora?”*, evidenciando nossa cultura machista, na qual em temas de sexualidade, o homem é o detentor do saber e não tem nada a aprender, buscando ajuda somente frente a disfunção erétil.

Alguns depoimentos sobre a consulta nos marcaram pela forma sincera que foram expostos, e por sentirmos a importância do nosso trabalho para a melhora na qualidade de vista destas mulheres, por isso reproduzimos alguns a seguir.



*“Nunca tive uma conversa igual a essa. Muito boa”.* **R.V.S., 46 anos.**

*“Espero que esse serviço seja implantado aqui para que eu possa retornar, assim como outras pessoas que tem esse problema”.* **M.F.L.H., 35 anos.**

*“A proposta é de grande eficácia para o trabalho acadêmico. De grande valor para mim, pois mesmo achando que os meus ‘problemas’ sejam tão pequenos em relação a outros acho o diálogo de fundamental importância para o meu conhecimento em relação sexualidade”.*

**A.P.G.R., 25 anos.**

*“Gostei muito e acho que o trabalho vai ajudar muito nos relacionamentos das consultadas”.*

**A.C.S., 26 anos.**

*“Adorei, conversei sobre assuntos que nunca tinha conversado com ninguém. Ficou tudo muito claro e tenho interesse em retornar. Agradeço esta oportunidade da instituição HU e da equipe que desenvolveu o trabalho”.* **J.R., 29 anos.**

*“Excelente, a enfermeira tem muito conhecimento e empatia, o trabalho de vanguarda, acho que deve prosseguir até se consolidar. Esta consulta foi muito importante para mim”.*

**N.B.M., 31 anos.**

*“Esclareceu muitas dúvidas e espero que irei resolver meu ‘problema’ com mais tranquilidade”.* **V.M.S.B., 31 anos.**

*“Percebe-se que é uma consulta bastante auxiliadora e com uma ética profissional excelente”.* **C.C.V., 37 anos.**

*“Parabéns pelo trabalho pois foi muito além das minhas expectativas. Deu também para esclarecer inúmeras dúvidas sobre o tema”.* **E.L., 23 anos.**

*“Achei ótima, você falou muita coisa que eu queria saber e também o que eu já sabia, mas pensava que não podia fazer”.* **C.S., 34 anos.**

*“Foi muito interessante com certeza vai me ajudar bastante no relacionamento com meu marido e principalmente comigo mesma”.* **J.N.B., 20 anos.**

*“A consulta é muito bem elaborada pegando todos os pontos necessários ao conhecimento sobre sexualidade”.* **L.S.V., 22 anos.**

A título de ilustração apresentamos no apêndice V, dois exemplos do processo aplicado durante as consultas de enfermagem em sexualidade, das 30 (trinta) mulheres atendidas, fundamentadas no referencial de Leininger.

**Objetivo 6:** Elaborar material didático para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.

Para que este objetivo pudesse ser alcançado fomos primeiramente em busca de materiais juntamente com a Secretaria da Saúde, devido à abrangência da temática e acreditando que a sexualidade não se restringe somente ao ato sexual, mas também a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama e importância do uso do preservativo feminino e masculino nas relações sexuais.

Através de um ofício conseguimos o material a ser distribuído às mulheres atendidas (Anexo F). Este foi de suma importância para conscientização das mulheres, pois continha informações sobre o preventivo de câncer cérvico-uterino. Também a orientação do modo adequado de utilização dos preservativos, sendo que muitas mulheres relatavam não saber sobre a colocação do mesmo. A curiosidade surgia quando demonstrávamos o preservativo feminino. Muitas mulheres nunca haviam visto e reclamaram da falta de distribuição dos mesmos pelos Centros de Saúde.

Os cartazes fornecidos pela Secretária da Saúde foram colocados na sala onde as consultas se realizavam. Utilizamos também o material disponível na unidade (Anexo G); quadro de métodos contraceptivos e quadro com figuras sobre o aparelho reprodutor masculino e feminino.

Como trabalhávamos com as diferenças sexuais entre homens e mulheres, conhecimento do próprio corpo e Resposta Sexual Humana, elaboramos um material contendo essas informações para facilitar a educação para a saúde. Utilizamos durante a realização de todas as consultas observando o efeito causado pelo mesmo, pois a percepção visual facilita a compreensão (Apêndice VI).

Por acreditarmos que a concepção cultural que cada indivíduo traz consigo tem influência na forma de viver do ser humano elaboramos um folder intitulado “Mitos e Tabus da Sexualidade” (Apêndice IV), criados a partir de superstições, crenças culturais ou por falta de educação sexual adequada. Eles possuem importante papel em nosso comportamento sexual e não devem ser considerados por quem deseja ter uma vida sexual prazerosa. Foram distribuídos durante as consultas e também durante a 64ª Semana Brasileira de Enfermagem, XI Semana de Atualização Científica em Enfermagem, I Amostra de Tecnologias para Saúde da UNISUL. Visando também o conhecimento da Resposta Sexual Humana pelo parceiro distribuímos o gráfico da Resposta Sexual Humana para todas as mulheres atendidas por nós.



Pela grande repercussão e aceitação destes materiais consideramos cumprido o objetivo proposto.

**Objetivo 7:** Promover atividades educativas no decorrer das atividades práticas sobre a temática da sexualidade, facilitando o processo educativo.

Nossa primeira atividade educativa foi uma palestra para adolescentes da escola de surf da Praia Brava. Para nossa surpresa fomos convidadas pelos coordenadores do Projeto Surf na Escola a proferir esta palestra após nossa aparição na TV Cultura. O Projeto Surf na Escola destina-se a alunos de uma escola pública. Os alunos permanecem neste projeto durante nove meses. (Anexo H).

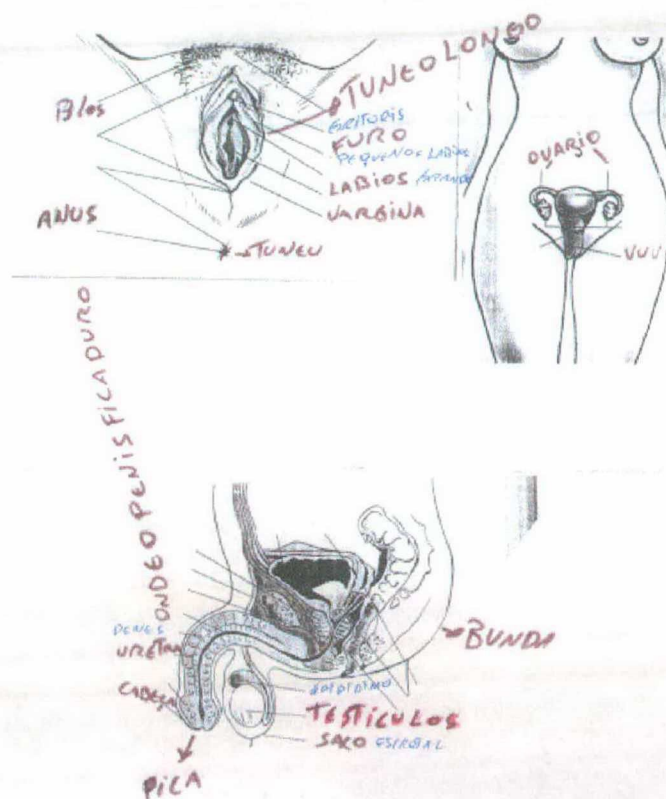


Nosso objetivo com esta palestra era expor a sexualidade da forma mais natural possível, pois acreditamos que muitas das disfunções sexuais na vida adulta são as concepções da sexualidade aprendidas de uma forma errônea durante a infância/adolescência.

Foi-nos solicitado proferir a palestra para crianças de 07 a 15 anos de idade. Como as transformações de uma criança para adolescente perduram por aproximadamente três anos e as descobertas surgem aos poucos, sugerimos abordar o tema para pré-adolescentes de 11 a 15 anos. No dia da palestra compareceram 19 participantes.

Tendo a sexualidade como tema delicado, resolvemos abordar os pontos da vida do adolescente como: amor próprio, as principais modificações físicas, os órgãos sexuais do menino e da menina por se tratar de uma fase de descobrimento e conhecimento do próprio corpo. Utilizamos bonecos contendo órgãos genitais internos e externos para melhor compreensão dos mesmos. Resolvemos então entregar aos adolescentes uma folha com gravuras dos órgãos sexuais sem nomenclatura destes, com o interesse de avaliar o grau de conhecimento bem como envolver os adolescentes na palestra.

Foi surpreendente a participação deles neste processo. Para exemplificar mostramos abaixo uma das folhas preenchidas:



Pudemos observar que o grau de conhecimento destes se restringiu na grande maioria aos órgãos externos e com utilização de nomenclatura incorreta.

Foi um momento importante, pois propiciou uma maior interação, estávamos mais tranquilas e seguras. Os mesmos, a partir deste momento, tomavam a liberdade de fazer perguntas quando do surgimento de alguma dúvida, como por exemplo: “De onde sai o bebê?”.

Após trabalharmos com o conhecimento do próprio corpo abordamos o termo sexualidade frizando a diferença para com o termo sexo. Mostramos também o gráfico da Resposta Sexual Humana explicando as fases de excitação, platô, orgasmo e resolução. Também a importância da auto-erotização ou masturbação e a finalidade desta. A orientação sobre masturbação enfatizou o conhecimento do próprio corpo, a busca para o prazer, e a importância desta para as meninas.

Expondo como uma escolha pessoal, questionamos sobre o melhor momento para o início das relações sexuais e a importância do respeito aos sentimentos, ao desejo e das limitações de ambos. E aproveitando a oportunidade falamos sobre a gravidez nesta fase, pois o número de adolescentes grávidas aumenta a cada dia. Explicamos para isso o ciclo hormonal e a menstruação. Quando abordamos sobre o absorvente interno surgiu a colocação: “O que é isso?” após a explicação: “Então foi aquele fiozinho que eu vi pra fora do biquíni



esses dias na praia". Explicamos também todos os métodos anticoncepcionais e por último pedimos que alguém mostrasse a colocação do preservativo masculino. Fomos surpreendidas quando um adolescente participou mostrando a colocação do mesmo.

Quando mostramos o preservativo feminino houve vários comentários e dúvidas quanto à correta colocação: "Que grande!", "E isso fica para fora?".

Foi entregue aos participantes um manual sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis para uma melhor compreensão destas, pois consideramos muita informação para pouco tempo. Também distribuimos folders sobre a importância do uso do preservativo juntamente com o mesmo. (Anexo I).

Finalizamos com uma dinâmica pedindo para que os participantes escrevessem dúvidas que foram colocadas em uma caixa, sendo que os próprios participantes responderam as questões. Estas são algumas das perguntas feitas pelos participantes:

<p>Quando a mulher for trancar ela pede sangue? É na hora que ela pede sangue diariamente <del>ela</del> sempre quando for trancar ela deve ir ao médico?</p> <p>Eu queria saber 3 doenças causadas por HIV?</p> <p>① acontece alguma coisa com o pênis do menino na 1ª vez?</p> <p>② Quanto tempo antes devo colocar a camisinha?</p> <p>Como que faz a mulher que quer usar a camisinha e não sabe?</p> <p>Existe alguma doença que acontece no pênis que o homem tenha que amputar o pênis? Qual é o seu nome e como pode prevenir ele?</p>	<p>O que fazer quando surge a camisinha dentro do útero</p> <p>Para fazer o exame de colo de útero doi?</p> <p>Acorda algum pimpinção na pele do pênis, quando a o pênis está de um momento</p> <p>Seducar mulheres trancam elas podem ter filhos</p> <p>Há caso onde um homem não tenha um órgão que não de sua vida?</p> <p>Um caso de pro engravidar uma cadela?</p>
--	---

Todas as perguntas foram explicadas e acabamos a palestra deixando uma mensagem ao grupo. Foi surpreendente a atenção destinada por eles durante as duas horas e meia de palestra. Pudemos observar até mesmo através das perguntas o interesse dos adolescentes para com a temática.



**FOTO 5: Palestra aos adolescentes – Escola de Surf**

Por ser nossa primeira experiência como palestrantes e para um público diferente do qual estávamos atendendo durante o projeto assistencial achamos esta muito valiosa para nosso processo de aprendizagem, pois não só proferimos uma palestra, mas aprendemos com os adolescentes.

Tendo em vista que as palestras sobre a sexualidade, na UFSC, normalmente são realizadas no Centro de Ciências da Saúde e Hospital Universitário e por acreditarmos que esta temática devesse abranger não somente as pessoas da área da saúde, mas sim toda a comunidade, resolvemos promover um Mini-Curso “Conversando sobre Sexualidade” em outro centro da universidade. Escolhemos para isto o Centro Sócio Econômico encaminhando um ofício para este local que prontamente o aceitou. Começamos então os preparativos para que a mesma ocorresse. (Apêndice VII).

Assim que decidimos promover o Mini-Curso começamos a listar o que era necessário: auditório, pastas de plástico, blocos de papel, canetas, palestrantes, cartazes e folders e certificados.

Para conseguir as pastas e os blocos de papel ligamos para a Central de Apoio à Eventos, onde nos comunicaram que precisávamos encaminhar um ofício. A entrega de canetas foi o que nos deixou mais preocupadas, pois a universidade não disponibilizava este material. Entramos em contato com um representante de uma empresa de medicamentos. O mesmo se mostrou bastante interessado e nos solicitou um ofício para encaminhar ao seu supervisor, pois não tinha certeza da aceitação da empresa, pois o foco desta destina-se ao curso de medicina. Como sua resposta demorou uma semana e não tínhamos certeza se iriam fornecê-las ligamos para outra empresa de Florianópolis encaminhando novo ofício.

Para nossa satisfação houve retorno positivo das duas empresas, sendo que a empresa de medicamentos além de fornecer as canetas, forneceu blocos de papel, blocos ‘post-it’



autocolantes e folder explicativo sobre contracepção de emergência. Segundo o representante foi a primeira vez que o curso de Enfermagem conseguiu apoio desta empresa para eventos científicos.

Um segundo passo foi a busca por palestrantes que abordassem a temática. Os dias passavam e não conseguíamos encontrar alguém disponível nesta data. Nossa angústia aumentava quando da proximidade da mesma e não definição do nome dos palestrantes.

Finalmente o psicólogo, educador sexual e doutorando Tito Sena aceitou o convite para proferir a palestra “Por quê falamos que somos reprimidos?” após a palestra de nossa orientadora, enfermeira e doutoranda Olga Regina Zigelli Garcia sobre “Resposta Sexual Humana e Aspectos Multidimensionais da Sexualidade Feminina”. Por sugestão da nossa orientadora, aceitamos o desafio de expor o trabalho por nós desenvolvido, bem como os resultados obtidos através do mesmo, sendo assim as terceiras palestrantes.

Somente a partir da definição dos nomes e títulos das palestras foi que pudemos procurar a imprensa universitária para impressão dos folders. (Apêndice VIII).

Quanto aos certificados, entramos em contato com o Departamento de Enfermagem e fomos informadas que para a emissão dos mesmos, era necessário que o evento fosse cadastrado como projeto de extensão. Neste momento refletimos mais uma vez sobre a responsabilidade e seriedade do nosso evento.

Precisávamos conciliar o final do projeto assistencial com organização do evento e ao mesmo tempo planejar a palestra a ser proferida.

A data estabelecida para a realização do evento foi dia 11/06/03. As inscrições estavam sendo feitas no ambulatório C até o dia 10/06/03 e/ou no local, com vagas limitadas. Ocorreram 109 inscrições antecipadas, restando somente 21 vagas para inscrições no local. Esta grande procura fez com que nos sentíssemos confiantes e felizes pelo sucesso antecipado do mesmo.

No dia 10/06/03 houve a divulgação de nossa palestra “Conversando sobre Sexualidade” pela AGECOM, no site da UFSC. (Anexo J).

O início das palestras estava marcado para as 18:30 horas. Cerca de uma hora e meia antes do início já haviam pessoas no local. Mesmo sendo nossa segunda atividade educativa promovida, o nervosismo ainda estava presente, pois tínhamos consciência de que o público não seria o mesmo. Éramos também apresentadoras do evento e para seguir uma ordem durante o mesmo elaboramos um roteiro e contamos com a ajuda de uma Comissão Organizadora (Secretaria, Monitoria, Local, Mestre de Cerimônias) composta por uma rede de amigos pessoais.



Compareceram um total de 130 participantes, destes 15 pessoas do sexo masculino. A grande maioria universitários do curso de enfermagem havendo também a presença de estudantes de outros cursos como por exemplo: física, nutrição, letras, pedagogia, fisioterapia, educação física, engenharia de produção, matemática, direito, ciências sociais, contabilidade e psicologia. Alguns destes alunos eram da UNISUL, UNIVALI, UDESC e também compareceram pessoas “do lar”. Dentre os participantes estavam algumas das mulheres atendidas por nós, o que nos deixou muito honradas.

Foram vários os obstáculos que encontramos no decorrer da organização do Mini-Curso, mas nos sentimos fortalecidas com estes, pois tivemos também a oportunidade de conhecer o que a universidade disponibiliza para a realização de eventos.

Consideramos este objetivo como cumprido, pois além de termos a oportunidade de expor nosso trabalho à comunidade, recebemos certificados como palestrantes, sendo estes os primeiros de nossa vida acadêmica. (Anexo L).



**FOTO 6: Relato de Experiência**



**FOTO 7: Mesa de Debates**



**FOTO 8: Confraternização da Comissão Organizadora**

**Objetivo 8:** Buscar aprofundamento teórico na temática da sexualidade.

Podemos dizer que nosso aprofundamento teórico começou antes do início do projeto assistencial, precisamente seis meses antes, pois a grande maioria das bibliografias citadas já haviam sido lidas. À medida que surgiam novas situações ou dúvidas se fazia necessário recorrer às mesmas.

No decorrer do projeto assistencial houve a divulgação de algumas revistas que expunham na capa como reportagem principal assuntos relacionados com a temática trabalhada. Estas foram lidas e discutidas, enriquecendo assim nosso aprendizado e desenvolvendo nosso senso crítico. Também buscamos outros livros para subsidiar nossa prática. Um destes foi o manual “Eu adolescente de bem com a vida” que utilizamos para a palestra com os adolescentes.

Participamos nos dias 09 e 10 de abril de 2003 do I Curso Pré-Jornada da XXXVII Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos. A mesma se realizou na Associação Catarinense de Medicina de Florianópolis, Santa Catarina. Dentre os palestrantes contávamos com a presença de nossa orientadora Olga R. Z. Garcia que proferiu a palestra “Resposta Sexual Humana e Sexualidade Feminina”. Durante a apresentação pública da mesma, houve a citação do conceito de prazer sexual criado por nós. Sentimo-nos lisonjeadas com a apresentação. Neste evento tivemos a oportunidade de conhecer novos profissionais da área da sexualidade, propiciando assim novas visões sobre a temática. (Anexo M).

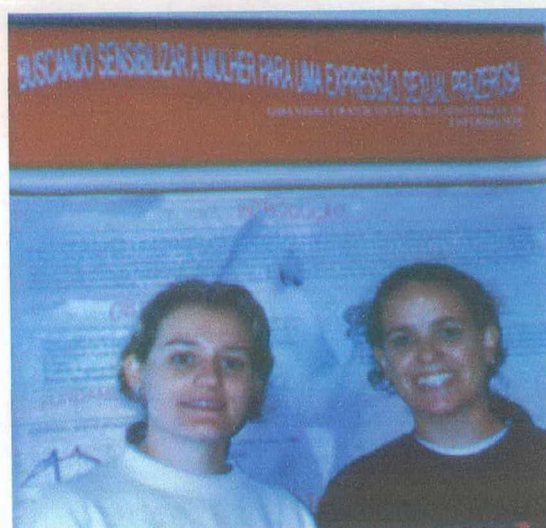
Surgiu a oportunidade de participarmos da 64ª Semana Brasileira de Enfermagem, XI Semana de Atualização Científica em Enfermagem, I Amostra de Tecnologias para Saúde da UNISUL. A mesma aconteceu nos dias 12, 13 e 14/05/03. Para tal apresentamos um trabalho relacionado ao projeto assistencial intitulado “Buscando sensibilizar a Mulher para uma Expressão Sexual Prazerosa - Uma Visão Transcultural na Assistência de Enfermagem”. Este evento consistiu em atualizar, divulgar e aprimorar o conhecimento na enfermagem. Possuiu palestrantes das mais diferentes áreas do conhecimento, sendo a principal temática abordada “Um Olhar sobre a Prática da Enfermagem: Possibilidades e Desafios da Regulação Social”. Enfermagem: Possibilidades e Desafios da Regulação Social”.





**FOTO 9: Apresentação do Trabalho, evento UNISUL**

A Universidade Federal de Santa Catarina juntamente com a Pró-Reitoria de Cultura e Extensão promoveu a 3ª Semana de Pesquisa e Extensão de 04 a 07 de junho de 2003. Neste evento também expusemos o trabalho citado anteriormente.



**FOTO 10: Apresentação do trabalho na 3ª SEPEX**

Ao sermos comunicadas por nossa orientadora que haveria o VII Congresso Brasileiro de Inadequações Sexuais nos dias 05, 06 e 07 de junho de 2003 em São Paulo e não dispondo de recursos financeiros suficientes para participação, fomos em busca dos recursos fornecidos pela universidade, mesmo não tendo muito conhecimento destes. Entramos em contato com o Diretor do Centro de Ciências da Saúde, com o chefe do Departamento de Enfermagem, com a Pró-reitoria de Cultura e Extensão e também com o DAEx. Todos nos informaram das dificuldades que enfrentavam no momento.

Novamente começamos a encaminhar ofícios e mesmo sem recursos financeiros tínhamos que realizar uma inscrição para que o trabalho pudesse ser aceito.

Juntamente com o Departamento de Enfermagem, por sermos estudantes da graduação não conseguimos a ajuda. O Diretor do Centro de Ciências da Saúde concedeu-nos quatro passagens. Da mesma forma a Pró - reitoria de Cultura e Extensão e o DAEx. Mesmo com tantas passagens recebidas não pudemos revertê-las em dinheiro, utilizando somente quatro destas. Sensibilizada nossa orientadora ofereceu ajuda financeira, a qual aceitamos.

No dia 04 de junho de 2003 viajamos para São Paulo com o pouco dinheiro que tínhamos, pois mesmo o DAEx fornecendo a ajuda de 40,00 reais por estudante, por evento, o mesmo só ficou disponível posteriormente a nossa volta.



**FOTO 11: VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual**

A apresentação do trabalho que a princípio deveria ser através de pôster foi modificada para tema livre. Mais um trabalho a ser feito: preparar a apresentação oral.

Nossa participação no VII Congresso Brasileiro de Inadequações Sexuais – Disfunções Sexuais do Casal foi repleta de expectativas. Observamos logo no primeiro dia, assim como nos demais, a presença somente de urologistas, terapeutas sexuais e psicólogos. Isto fez com que nos sentíssemos um pouco deslocadas. Éramos as únicas estudantes e da área da enfermagem. As primeiras palestras proferidas neste dia nos mostraram uma prática mecanicista da assistência médica, pois ouvíamos de profissionais renomados discursos machistas, como por exemplo: *“Já vi pacientes com ejaculação precoce que conseguiram levar suas parceiras a orgasmos múltiplos”*. Ainda no decorrer do Congresso observamos que muitas vezes o paciente não é foco principal da consulta e sim o que se pode lucrar com o mesmo, bem como o consumo de medicamentos indicados para disfunções sexuais. Aqueles que se mostravam mais humanos tentando levantar discussões e reflexões junto aos



participantes eram podados deste direito. Por exemplo: *“Sabemos que a maior porcentagem das disfunções sexuais tem etiologia psicológica, porque então prescrever medicamentos para esta finalidade durante 10, 15 anos?”*. Simplesmente não havia respostas. Ou ainda: *“Se a cirurgia para aumento do pênis é necessária ou não para aquele indivíduo, isto não importa, pois se conseguirmos desenvolver uma técnica cirúrgica adequada, ficaremos milionários”*; *“O que a gente faz é concertar a ereção, o que o paciente quiser fazer com o pênis é problema dele”*.

O que estava sendo discutido era a ereção do paciente e em nenhum momento as mulheres estavam sendo abordadas, o que nos levava a nos indagar: Do que adianta um homem com ereção de 30 minutos se este não sensibilizar a mulher para uma expressão sexual prazerosa?

Mesmo com a presença de alguns palestrantes psicólogos, quando proferiam palestras eram os que sofriam mais questionamentos, principalmente de médicos, tornando evidente para nós as divergências entre as duas profissões. Um dos relatos que mais nos marcou foi o de um psicólogo: *‘Tive um paciente que relatou ter ido a consulta médica dizendo ser impotente. O médico marcou então a cirurgia para a colocação de uma prótese peniana. Algum tempo depois o paciente retornou dizendo ainda estar impotente, para o espanto do médico. O paciente explicou então que não sentia vontade para fazer sexo’*.

A partir da realidade exposta tomamos consciência da importância do nosso trabalho. Ao mesmo tempo pesava sobre nós a responsabilidade de apresentar nosso trabalho na sessão de temas livres, onde então abordaríamos a mulher.

A apresentação foi marcada para as 17:45 horas. Tínhamos nove minutos para a mesma e três para as perguntas. Ficamos cada vez mais nervosas à medida que o tempo passava. Apesar disto a apresentação transcorreu naturalmente, pois tínhamos segurança e confiança no mesmo, mostrando assim nossa vivência durante o projeto assistencial. (Anexo N).





## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estávamos indecisas quanto à temática do projeto assistencial, não sabíamos se devíamos trabalhar com um assunto com o qual nos familiarizávamos ou com uma temática não trabalhada durante o curso de graduação em enfermagem.

O primeiro passo foi à decisão sobre a colega com quem gostaríamos de trabalhar neste projeto, o segundo foi a escolha do tema, o terceiro a escolha da orientadora e da supervisora e como quarto passo a escolha do local a ser desenvolvido. Isto decidido, partimos para o desenvolvimento do projeto em si. Ao optarmos por esta temática nossa preocupação estava voltada para as queixas das mulheres em relação à sexualidade, queixas escutadas durante a realização do estágio na quarta fase.

Foi um estágio carregado de surpresas, tínhamos expectativas em relação ao seu início, mas na verdade não sabíamos o que iríamos encontrar.

Nossa primeira consulta (somente esta foi realizada em dupla), nos remeteu à responsabilidade que teríamos dali por diante, pois não estávamos simplesmente realizando uma consulta, estávamos entrando na intimidade daquelas mulheres, estávamos pedindo para que elas falassem sobre a sua sexualidade, ou melhor, relatos nunca antes expostos a ninguém agora nos eram confiados.

E era a nós que elas estavam procurando para resolver seus “problemas”, então como deveríamos agir? Bem, o estágio nos ensinou, mostrando-nos que cada ser é único, cada um com seus próprios valores, crenças e verdades e que as queixas levantadas por menor que pareçam podem acabar desencadeando um processo problemático para a mulher ou para o casal. Saíamos das respectivas consultas com uma grande vontade de compartilhar as experiências, os relatos, os enfrentamentos e o aprendizado adquirido durante as mesmas.

Portanto, julgamos importante destacar os principais problemas levantados junto às mulheres por nós atendidas no exercício da sua sexualidade: Inapetência sexual; falta de libido; desconhecimento da Resposta Sexual Humana; falta de compreensão quanto a RSH pelo parceiro; masturbação vista como pecado, apesar de não achar errado; relação sexual como sinônimo de pecado; dias marcados para a relação sexual; cultura religiosa; condicionamento do prazer sexual a presença de um parceiro; desconhecimento da estrutura



da genitália; falta de uso de preservativo na relação sexual; anorgasmia; falta de conhecimento do próprio corpo; falta de auto-erotismo; ausência de prazer sexual; falta de iniciativa; dispaurenia; falta de lubrificação; falta de excitação; diminuição da libido por efeito colateral da medicação; relação sexual sofrida; atividade sexual com o marido sem ter vontade; percepção da vida sexual como fracasso; falta de abertura para falar de suas necessidades/desejos sexuais; companheiro com Doença de Peironie; ausência de estímulos suficientes na fase de excitação; problema hormonal; dificuldades em relatar as fantasias; lubrificação excessiva; dificuldade de fazer sexo anal; inibição; falta de auto-estima; percepção de ser a única responsável pela anorgasmia; infelicidade; insegurança; auto-crítica; trauma; preconceito; rejeição.

A falta de orgasmo foi à queixa mais freqüente, mas as situações eram diferentes, pois o contexto também o era.

Lembrávamos agora da nossa teorista Madeleine Leininger, valorizando a cada consulta o Referencial Teórico escolhido, pois percebemos realmente a importância do aspecto cultural na vida dos seres humanos e como este deve ser respeitado.

Observamos que nossa cultura e nossos pré-julgamentos são muitas vezes inconscientes e era somente durante as consultas que estes vinham à tona.

Nossa demanda era grande, o que nos deixava muito felizes, pois podíamos aplicar às mulheres tudo o que aprendemos. Proporcionar esclarecimento e perceber a gratificação e a sensação verbalizada de contentamento pelas mulheres, através de uma consulta em sexualidade, de uma conversa, foi muito gratificante. No decorrer dos dias, aquilo não era somente mais um estágio que deveria ser cumprido era o nosso trabalho. Éramos quase “enfermeiras formadas” mas a nossa independência nos fez sentir enfermeiras, mesmo sem o diploma nas mãos. Talvez porque a consulta em sexualidade se restringisse apenas a nós e a cliente em um consultório, não tínhamos mais uma professora do nosso lado nos dizendo o que fazer, o que aumentava mais ainda a nossa responsabilidade.

Apesar de no início, isto ser assustador, aos poucos fomos firmando a confiança em nós mesmas, e o nosso trabalho foi conquistando um espaço não esperado e andava a passos largos.

Pela primeira vez fomos a uma rádio falar sobre as dificuldades nas relações sexuais, numa entrevista que muitas pessoas estariam ouvindo. Esta foi a primeira experiência, nem esperávamos que viessem mais, começamos a ser procuradas por outros meios de comunicação. As pessoas estavam conhecendo o nosso trabalho e nos procurando por acharem o assunto interessante, para nós era muito mais que divulgar nosso trabalho. Uma das

procuras mais marcantes foi a TV Cultura/TV UFSC, nos possibilitando nossa primeira aparição na televisão. Outra foi à procura pela jornalista da Revista Dona do jornal Diário Catarinense, também nossa primeira entrevista para um jornal. Foram oportunidades únicas que surgiram em nossas vidas.

Vimos nosso conceito de prazer sexual bem como nosso nome ser citado em dois eventos. Participamos de um Congresso na temática trabalhada que só nos fez crescer, principalmente como profissionais. A partir desse trabalho nossa visão sobre o mercado de trabalho foi ampliada, nos dando a certeza de que o ser humano deve ser considerado em seu contexto sócio-cultural.

Percebemos que a cultura machista muito questionada por nós durante a revisão da literatura mostrou-se muito maior do que imaginávamos. Isto não só no que diz respeito aos homens, mas também as ações das mulheres, pois são estas mulheres que acabam por educar os filhos, através de paradigmas de papéis sexuais relacionados ao gênero masculino e feminino.

Outro destaque que gostaríamos de deixar é o preconceito existente para com este tema. As pessoas relutam na procura dos serviços oferecidos mesmo quando da existência de algum problema.

A inexistência de conversas sobre esta temática faz com que as pessoas não consigam ver uma saída para a dificuldade encontrada. Observamos que a mulher não estabelece uma relação de igualdade com o homem, tendendo a subordinar-se. Atualmente pode-se constatar várias discussões sobre esta temática o que começa a modificar o pensamento das mulheres, que vão em busca do próprio prazer sexual, antes direito somente dos homens.

A cada consulta nos sentíamos maravilhadas e satisfeitas. Sentíamos a satisfação, a tristeza, a raiva, a alegria, o rancor e a indignação das mulheres a cada exposição. Ao final das mesmas, as palavras de incentivo faziam com que buscássemos nos aprofundar na temática e sentir prazer pelo trabalho apresentado.

Foi surpreendente observar o quanto à falta de esclarecimento sobre o corpo, e a carga cultural são pontos preponderantes das inadequações sexuais. E também o quanto à educação para saúde em sexualidade é importante para uma melhora na qualidade da expressão sexual, bem como da própria vida.





**FOTO 15: Nós e nossa orientadora**

Falamos em considerações finais, mas acreditamos que a aprendizagem é um processo contínuo. Este trabalho foi muito gratificante para nossas vidas, pois nos proporcionou um grande aprendizado que deve ser aprofundado a cada dia, aprendendo com as dificuldades, com os obstáculos, com as conquistas e com as vitórias. Com certeza saímos hoje da universidade com uma nova percepção do cuidar, da assistência de enfermagem a ser prestada ao ser humano, e para finalizar gostaríamos de apresentar um 'e-mail' recebido de uma cliente por nós atendida, após ter assistido ao Mini-Curso "Conversando sobre Sexualidade", que muito nos comoveu.

Olha, depois de tudo o que eu ouvi e aprendi com o projeto de vocês, escolhi esta crônica da Martha Medeiros, uma autora gaúcha, cronista do jornal Zero Hora de Porto Alegre, para agradecer-lhe. Acho que estas palavras dizem muito do que vivenciamos e descobrimos no dia da apresentação,

um abraço,

#### SACANAGEM

Esta é a semana dos namorados, mas não vou falar sobre ursinhos de pelúcia nem sobre bombons. É o momento ideal pra falar de sacanagem.

Se dei a impressão de que o assunto será ménage à trois, sexo selvagem e práticas perversas, sinto muito desiludi-lo. Pretendo, sim, é falar das sacanagens que fizeram com a gente.

Fizeram a gente acreditar que amor mesmo, amor pra valer, só acontece uma vez, geralmente antes dos 30 anos. Não contaram pra nós que amor não é racionado nem chega com hora marcada.

Fizeram a gente acreditar que cada um de nós é a metade de uma laranja, e que a vida só ganha sentido quando encontramos a outra metade. Não contaram que já nascemos inteiros, que ninguém em nossa vida merece carregar nas costas a responsabilidade de completar o que nos falta: a gente cresce através da gente mesmo. Se estivermos em boa companhia, é só mais rápido.

Fizeram a gente acreditar numa fórmula chamada "dois em um", duas pessoas pensando igual, agindo igual, que isso era que funcionava.

Não nos contaram que isso tem nome: anulação. Que só sendo indivíduos com personalidade própria é que poderemos ter uma relação saudável.

Fizeram a gente acreditar que casamento é obrigatório e que desejos fora de hora devem ser reprimidos. Fizeram a gente acreditar que os bonitos e magros são mais amados, que os que transam pouco são caretas, que os que transam muito não são confiáveis, e que sempre haverá um chinelo velho para um pé torto. Ninguém nos disse que chinelos velhos também têm seu valor, já que não nos machucam, e que existe mais cabeças tortas do que pés.

Fizeram a gente acreditar que só há uma fórmula de ser feliz, a mesma para todos, e os que escapam dela estão condenados à marginalidade. Não nos contaram que estas fórmulas dão errado, frustram as pessoas, são alienantes, e que poderíamos tentar outras alternativas menos convencionais.

Sexo não é sacanagem. Sexo é uma coisa natural, simples - só é ruim quando feito sem vontade. Sacanagem é outra coisa. É nos condicionarem a um amor cheio de regras e princípios, sem ter o direito à leveza e ao prazer que nos proporcionam as coisas escolhidas por nós mesmos.

Martha Medeiros

***N.J.B.M, 31 anos***

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografia Referenciada

**ALMANAQUE ABRIL: mundo.** 26ª ed. São Paulo: Abril, 2000. 433p.

AMARAL, M.; CALVACANTI, R.; MARQUES, A. **Sexo na cabeça.** Apostila didática: SBRASH, 2001. (MIMEO).

ARAÚJO, M.L.M. **Sexualidade: (Re) pensando a repressão.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

BACELAR, Rute. **O desejo não tem idade: a sexualidade da mulher idosa.** Recife: Fundação Antônio dos Santos Abranches – FASA, 2002. 166p.: il.

BENEDET, S. A.; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** 2ª edição. Florianópolis: Bernúncia Editora, 1998 / 2001.220p.

CARPENITO, L.J. **Manual e Diagnóstico de Enfermagem.** 8ª edição. Tradução Ana Thorel. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

CASTRO, A.G.; LOPES, P.R. **Enciclopédia da Sexualidade para o casal moderno,** Rio de Janeiro: Grupo de Comunicação Três, 1995.

CHEROBIM, M. **Sexualidade Transcultural.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

**COSTA, R.M. Sexualidade como tema transversal: a estruturação da educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais.** 2001. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

**DAUB, S.; YABUSAKI, E. Fatores psicossociais das disfunções sexuais.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

**Eu, adolescente de bem com a vida.** Prefeitura Municipal de Curitiba. Curitiba, P.R., 2001.

**FURLANI, Jimena. Mitos e Tabus da Sexualidade Humana: subsídios ao trabalho em Educação Sexual.** Florianópolis: CEPEC Editora, 1998. 192p.

**GARCIA, O.R.Z. (Pré) Conceitos de Gênero e sua Influência na Expressão da Sexualidade Feminina.** 2003. Anteprojeto de Pesquisa apresentado à Banca examinadora para seleção no Doutorado do Programa de Pós-Graduação interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis.

**GARCIA, O.R.Z. Aula expositiva: Resposta Sexual Humana.** 2001. (MIMEO).

**GARCIA, O.R.Z. Orgasmo Feminino: da expressão ao início da compreensão.** 1992. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis.

**GEORGE, Julia B. Teoria de Enfermagem. Os fundamentos que as práticas proporcionam.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

**GIKOVATE, Flávio. Entendendo a mulher: além da paciente.** São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

**GOLDEBERG, M.A. Educação sexual: uma proposta, um desafio.** 5ª edição. São Paulo: Cirtez, 1988.

GONÇALVES, A.C.C. **Aquisição de identidade sexual: uma visão psicanalítica.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

GREIVE, B.T. **O sentido da vida;** tradução Luis Fernando Veríssimo. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

HOEPERS, K. **Relatório de estágio em psicologia clínica.** 2000. (Acompanhamento psicológico na maternidade do Hospital Universitário – UFSC). Florianópolis.

KITZINGER, Sheila. **A Mulher e o Sexo;** fotografias de Nancy Durrell Mckenna; tradução de <sup>a</sup>Cabral sob supervisão de Heloisa Costa. Rio de Janeiro: Discos CBS, v.1, 1985.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIZ, R. **Na hora do prazer.** Diário Catarinense, Florianópolis, 1º junho, 2003.

LUFT, C. P. **Mini Dicionário Luft.** Edição Revista e Ampliada por Prof. Francisco de Assis Barbosa e Manuel da Cunha Pereira. 8ª edição. São Paulo: Ática, [199-?].

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A Conduta Sexual Humana.** 4ª edição. Tradução Dante Costa. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1981.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A Incompetência Sexual – Suas Causas Seu Tratamento.** Tradução Edmond Jorge. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1970.

MOORE, Keith L. **Anatomia Orientada para a Clínica.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994.

MORETTI, C.L.; SILVA, J.S.; MORAES, S.R. **Sensibilizando as mulheres para a busca do despertar de uma vida sexual gratificante – Um desafio transcultural no cuidado de enfermagem.** 2002. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação de Enfermagem.

PINTO, E.B. **Aquisição de identidade sexual – uma visão não freudiana**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **As manifestações da sexualidade nas diversas fases da vida humana**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Sexualidade e solidão**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

PEASE, Allan e Bárbara. **Por que os homens fazem sexo e as mulheres fazem amor? : uma visão científica (e bem-humorada) de nossas diferenças**. Tradução Neuza M. Simões Capelo. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

REICH, Wilhelm. **A Revolução Sexual**. 6ª edição. Tradução Ary Blaustein. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso: (a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade)** / de João Silvério Trevisan. Ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Record, 2000.

VARGAS, Marilene Cristina. **Manual do Orgasmo – Sexo e Prazer para dois**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

VITIELLO, N. **A base psicossocial do exercício da sexualidade humana**. Apostila didática: SBRASH, 2002a. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Anatomia da reprodução e da sexualidade**. Apostila didática: SBRASH, 2002f. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Anatomia reprodutora masculina**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **As bases biopsicossociais do exercício da sexualidade humana**. Apostila didática: SBRASH, 2002d. (MIMEO).



\_\_\_\_\_. **Disfunções, desvios e inadequações.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Disfunções sexuais – uma proposta de classificação.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Fatores orgânicos das disfunções sexuais.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Fatores psicossociais das disfunções sexuais.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Fisiologia da reprodução.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Reações genitais gerais ao estímulo sexual.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Reações genitais masculinas.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Um breve histórico do estudo da sexualidade humana.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

VITIELLO, N; VITIELLO, F. **Sexualidade e meios de comunicação.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

## **Bibliografia Consultada**

BALDISSEROTTO, A. **As novas feministas**. Diário Catarinense, Florianópolis, 7 mar. 1999.

CALVACANTI, M.I. **Fantasias sexuais**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

CECCARELLI, Paulo Roberto (org.). **Diferenças sexuais**. São Paulo: Escuta, 1999. 172p.

CHAUÍ, Marilena. **Repressão Sexual – essa nossa (in)órfã conhecida**. 11ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CONCEIÇÃO, I.M.S.C. **A mama e o relacionamento sexual**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

COWAN, C.; KINDER, M. **Mulheres inteligentes, escolhas insensatas; como encontrar os homens certos, com evitar os errados**. Tradução Alfredo Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DI GIROLAMO, F. P. **Erotismo e pornografia**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Sexualidade do deficiente físico**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

EDELL, R. **A mulher sexualmente satisfeita**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

FOCAULT, Michel. **História da sexualidade, 3: o cuidado de si** / Tradução de Maria Tereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

GASPARINI, M.I.P. **Masturbação**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

HITE, Shere. **O Relatório Hite**. Tradução Ana Cristina César. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

**Homens, Masculinidades e Gênero: uma metodologia de trabalho em sexualidade e saúde reprodutiva com homens no setor privado**. São Paulo: Internacional Planned Parenthood Federation, 1998.

LIMA, J.D. **Técnicas específicas de Terapia Sexual**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

LOYOLA, Maria Andréa (org.). **A Sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

MURARO, Rose Marie. **Textos da fogueira**. Brasília: Letraviva, 2000.

NUNES, César Aparecido. **Desvendando a sexualidade**. Campinas, SP: Papirus, 1987.

REVISTA BRASILEIRA DE SEXUALIDADE HUMANA, São Paulo: Iglu Editora, v.9, n.1, jan. – jun. 1998.

REVISTA GALILEU, Rio de Janeiro: Editora Globo, Número 144 julho, 2003..

REVISTA SUPER INTERESSANTE, São Paulo: Editora Abril, Edição 189. junho, 2003.

REVISTA VIDA E SAÚDE, São Paulo: Editora Abril, dezembro, 2002.

**Sexualidade no portador de HIV**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Afinal, o que é terapia sexual?** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Anticoncepção e sexualidade**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Aspectos éticos da terapia sexual**. Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Dinâmicas de grupo.** Apostila didática: SRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Doenças sexualmente transmissíveis.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Homossexualismo.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

VITIELLO, N. **Machismo e Feminismo.** Apostila didática: SRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Sexo Virtual.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **O profissional de saúde.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Prostituição masculina – uma introdução ao estímulo sexual.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Resposta Sexual Humana.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Sexo e amor.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Sexo seguro.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Sexualidade e prostituição.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Técnicas gerais em terapia sexual.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

\_\_\_\_\_. **Violência sexual.** Apostila didática: SBRASH, 2002. (MIMEO).

WERNER, Dennis. **Sexo, Símbolo e Solidariedade:** Ensaios de Psicologia Evolucionista. Florianópolis: Coleção Ilha, 1999.

# **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

### **Consentimento Livre e Informado**

Estamos realizando este estudo no ambulatório C do Hospital Universitário de Florianópolis- SC, atendendo mulheres que nos procurarem. Temos como objetivo: identificar suas principais necessidades no que diz respeito ao exercício da sexualidade e também os conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida partindo de um nível cultural, através do questionário aplicado.

Este estudo não traz nenhum risco ou desconforto, esperamos que traga muitos benefícios.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir participar ou ao final desta, sinta-se à vontade para fazê-lo. As divulgações das informações fornecidas serão confidenciais e somente serão utilizadas neste trabalho.

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecida (o) sobre o estudo em Sexualidade Humana e concordo que meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

---

Assinatura do Entrevistado

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

## APÊNDICE II

### FICHA DE AVALIAÇÃO

Como foi para você a Consulta sobre Sexualidade: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular  
( ) Ruim

Em algum momento da Consulta suas dúvidas não foram esclarecidas:

( ) Sim ( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

Qual sua opinião sobre a realização da Consulta juntamente com o parceiro? \_\_\_\_\_

Gostaria de retornar para outra Consulta sobre Sexualidade: ( ) Sim ( ) Não

Gostaria de deixar seu depoimento sobre a Consulta? \_\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO !!!**

### **APÊNDICE III**

#### **Ofício aos Centros de Saúde**

Florianópolis, abril de 2003.

Ao  
Centro de Saúde do Córrego Grande

Vimos pelo presente informar que a partir de 9 de abril de 2003 até 12 de junho, estaremos realizando **consultas de enfermagem em sexualidade**, sob a orientação da Professora Olga Regina Zigelli Garcia, no ambulatório de tocoginecologia (Ambulatório C) do Hospital Universitário.

Os atendimentos serão realizados de 2º a 6º feira no período matutino e deverão ser agendados diretamente pelo telefone **331-9137**. Entre outras, estaremos atendendo a queixas de dispaurenia, ausência de lubrificação vaginal, anorgasmia e inapetência sexual com enfoque na educação para saúde centrado no conhecimento do próprio corpo e Resposta Sexual Humana.

Solicitamos divulgar também este junto aos ginecologistas e usuários desta unidade de saúde, ao mesmo tempo que nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente.

**ALUNAS DA 8ª FASE DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFSC**

## APÊNDICE IV

### Folder "Mitos e Tabus da Sexualidade"

Se você está interessada em realizar uma consulta de Enfermagem em Sexualidade, ligue para o ambulatório de Tocoginecologia, na área "C" do Hospital Universitário.

Telefone para marcação de consulta: 331-9137.

REFERENCIAL TEÓRICO UTILIZADO:  
JIMENA FURLANI

*Os mitos e tabus possuem uma significativa influência em nossas vidas, principalmente no nosso comportamento sexual. A seguir você terá a oportunidade de saber um pouco mais sobre alguns mitos e tabus existentes. Sendo que estes foram criados a partir de superstições, crenças culturais ou por falta de educação sexual adequada, portanto não devem ser considerados por quem deseja ter um vida sexual prazerosa.*

#### - MITO -

"O ato sexual ideal é, consequentemente, o preferido pelas mulheres é aquele que privilegia a penetração vaginal pelo pênis".

O "orgasmo feminino está associado apenas ao ato sexual vaginal".

Ou ainda:

"É somente através da estimulação clitoriana que a mulher será excitada ao ato sexual".

#### - VERDADE -

Nesse ponto é bom de desencadear a discussão a partir de duas afirmações: Na maioria das mulheres a maior sensibilidade é observada no clitoris. Portanto é neste ponto que a mulher terá mais chance de atingir o orgasmo e não apenas ser estimulada ao ato sexual. Para uma maioria de mulheres a vagina é mais sensível ao contato do pênis. Portanto cada mulher "funciona" de um jeito. Você tem que descobrir o seu. Tanto o orgasmo pela estimulação clitoriana, como pela vaginal são normais.



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Graduação de Enfermagem

BUSCANDO SENSIBILIZAR A MULHER PARA  
UMA EXPRESSÃO SEXUAL PRAZEROSA – Uma  
visão transcultural na assistência de enfermagem

PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO, 2003.

Acadêmicas: Andersona Simioni  
Caroline Schweitzer de Oliveira  
Orientadora:  
Prof. Olga Regina Ziegler Garcia

# MITOS E TABUS DA SEXUALIDADE

#### - MITO -

"A mulher tem menos necessidade de sexo que o homem, ou, o homem sente mais necessidade de sexo do que a mulher".

#### - VERDADE -

Fase mito foi construído historicamente, também pelo fato de a mulher só poder realizar o sexo para procriação e sem satisfação pessoal caso contrário era tida como ingratu e promíscua. No entanto, o homem tem mais testosterona que a mulher e por isso o seu desejo sexual, geralmente é maior, pois é esse hormônio – a testosterona, o grande responsável pelo desejo sexual.

#### - MITO -

"É difícil para a mulher alcançar o prazer e o orgasmo nos relacionamentos sexuais".

#### - VERDADE -

É preciso considerar questões que envolvem o autoconhecimento, a tranquilidade nas relações, a simulação com o parceiro, confiança, ausência de medos para que a mulher consiga alcançar esse prazer durante seus relacionamentos. A mulher realmente é um pouco mais lenta que o homem, porém tem a mesma capacidade que ele em alcançar prazer e orgasmo no ato sexual.

#### - MITO -

"Homem não falha", para homem ser homem não pode falhar.

#### - VERDADE -

O homem é um ser humano, e ser humano falha. E se ele "falha", a culpa não é da mulher.

#### - MITO -

"Apenas os homens se masturbam". Ou "Quem se masturba não tem interesse em praticar sexo com o parceiro".

#### - VERDADE -

A masturbação é utilizada para uma busca de prazer individual, um autoconhecimento, uma possibilidade para extravasar as tensões, um alívio de privações para compartilhar intimidade e afeto. E não causa diminuição do desejo sexual nem traz nenhum prejuízo à saúde. Deve ser praticada por homens e mulheres, é através dela que aprendemos a conhecer as reações de nosso corpo.

#### - MITO -

"O uso da camisinha diminui a sensibilidade e o prazer nas relações sexuais". "É o mesmo que comer bala com papel".

#### - VERDADE -

A camisinha não diminui o prazer sexual, além de proteger contra doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a AIDS, e gravidez. Devemos ter consciência do autoconhecimento, o cuidado da sua própria vida.

Para melhorar a qualidade do relacionamento afetivo e sexual devemos buscar o autoconhecimento corporal e o conhecimento dos mecanismos individuais que determinam nossa fantasia sexual e preferências... e na vida a dois, conversar muito sobre eles. Se comunicando muito (parceiros) nossos desejos sexuais não ficamos, podemos chegar a uma vida sexual prazerosa.

## APÊNDICE V

### **Exemplo do processo de Enfermagem aplicado as mulheres segundo o Referencial de Leininger**

**J.A.S, 16 anos**, evangélica não praticante, natural da cidade de Guaraniaçu, Paraná, procedente do bairro Agronômica, Florianópolis. Encontra-se cursando o segundo grau e é do lar. Casada com um homem de 22 anos há dois meses o qual cursou até a oitava série e é motorista. O mesmo reside em Joinville. Mora em casa própria, de madeira, com cinco cômodos, residindo apenas o casal. Esta possui rede de esgoto, luz elétrica, água e coleta de lixo. A renda mensal da família é de aproximadamente três salários mínimos.

Foi criada em zona rural pelo pai e pela madrasta, pois a mãe biológica faleceu quando esta ainda era muito nova. Possui quatro irmãos, sendo um por parte dos pais biológicos e três por parte do pai. Relata sempre ter existido brigas na família, principalmente com a madrasta. Devido ao falecimento da mãe, se identificou muito com a tia que era mais ‘aberta’ à conversas. Diz ainda que sua família era muito religiosa e praticavam a religião indo à igreja aos domingos, considerando pecado desrespeitar a religião. Hoje considera como pecado a traição ao marido. Concorde com a religião, mas não age conforme ela, ocasionando assim conflito interior. Diz não possuir nenhum mito/ tabu/crença em relação à atividade sexual. Foi criada com pouco toque e carinho, sendo que os poucos que existiam provinham da tia. A nudez para os adultos sempre foi muito restrita, sendo mais liberal com as crianças que tomavam banho juntas.

Não possui filhos e sua primeira menstruação ocorreu aos treze anos de idade. Não sabe definir seu ciclo menstrual, mas relata duração de cinco dias com fluxo forte. Utiliza como método contraceptivo o anticoncepcional e a camisinha. Nunca realizou o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, dizendo ter medo deste, questionando quanto à dor. Diz nunca ter tido nenhuma Doença Sexualmente Transmissível. Tem por costume se acariciar, não sabendo explicar a sensação destas caricias. Não possui o hábito de se masturbar. Nunca visualizou sua vulva e não sabe distinguir as partes da genitália. Também diz não conhecer sua mama e conhece as áreas onde gosta de ser tocada, acariciada, citando pescoço e cintura.

Procurou-nos encaminhada pelo Centro de Saúde Agronômica referindo não sentir prazer. Expôs ao ginecologista sua queixa e este disse não ser ‘normal’, encaminhando-a para



o serviço prestado por nós. Descreveu sua vida sexual como boa. Raramente confessa ao parceiro seus desejos sexuais e necessidade de carinho. Conversa sobre a falta de orgasmo com o parceiro e procurou o serviço também a pedido do mesmo. Não é de seu perfil iniciar a atividade sexual e relata ter sentido-se frustrada quando da iniciativa, mesmo nunca tendo sido recriminada por isso. Relata a existência antes da penetração de beijos, carícias e estimulação com o tempo aproximado de vinte minutos. Em contrapartida diz que estas não são suficientes para prepará-la, bem como para que se sinta lubrificada. Refere dor durante a penetração, principalmente na posição “papai-mamãe”. Diz sentir desejo, excitação, prazer sexual, mas não orgasmo. Como nunca chegou ao orgasmo não sabe dizer à sensação que o mesmo proporciona. Sente-se envolvida quando a atividade sexual inicia. Nunca fez sexo sem desejar e afirma gostar deste ato. Sentiu aversão por sexo uma vez, quando não houve respeito quanto à vontade de realizar esta atividade. Frente a seus problemas sexuais sente-se frustrada, nervosa, deprimida e considera-se diferente das outras pessoas.

Relatou que quando conversava com amigas, expondo o problema, as mesmas diziam que ela não era normal. Quanto à beleza, diz se gostar somente às vezes, principalmente da cintura e dos seios, não gostando das pernas devido ao fato de serem muito finas. Considera-se feminina.

#### **Observação junto à cliente do que é problema:**

- ▶ Falta de conhecimento do próprio corpo;
- ▶ Não distinguir as partes da genitália;
- ▶ Nunca realizou o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e mama;
- ▶ Considera-se ‘anormal’;
- ▶ Baixa auto-estima;
- ▶ Não pratica auto-erotização;
- ▶ Meta em atingir o orgasmo;
- ▶ Carícias não são suficientes;
- ▶ Religião traz conflito em certas ações relacionadas ao exercício da sexualidade;
- ▶ Não teve diálogo com a família;
- ▶ Não tem costume de iniciar as atividades sexuais;
- ▶ Dor durante a penetração.

#### ***Prescrevendo o cuidado***

**Manter:**

- ▶ Ausência de tabus quanto a atividade sexual;
- ▶ Comunicação com o parceiro;
- ▶ Uso do preservativo nas relações sexuais;
- ▶ Busca de ajuda quando do aparecimento de algum problema.

**Adaptar:**

- ▶ Periodicidade do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino;
- ▶ Quando sentir dor durante a penetração relatar ao parceiro e buscar novas formas de penetração;
- ▶ Percepção sobre si mesma considera-se ‘anormal’. (Discutido com a paciente sobre os dados de pesquisa com mulheres referente ao orgasmo).

**Repadronizar:**

- ▶ Desconhecimento do próprio corpo bem como partes da genitália e áreas onde gosta de ser tocada. Estimulada para visualização da vulva e explicado com figuras sobre a genitália interna e externa.
- ▶ Orientada para auto-erotização como uma prática sadia e como direito tanto de homens quanto de mulheres;
- ▶ Baixa auto-estima, considerando ser essencial para uma melhora na expressão sexual. Orientada sobre Resposta Sexual Humana, diferenças sexuais e importância das preliminares. Abordados a cultura e o papel na sociedade. Também a influência da mídia em nossas vidas, modificando muitas vezes nossas atitudes.

**Avaliando o cuidado:**

A paciente foi muito receptiva a todas as informações e orientações fornecidas. A princípio encontrava-se um pouco tímida e também preocupada por não ser ‘normal’. Ao final desta transparência a satisfação e relatou que gostaria muito de retornar com o parceiro o que seria difícil, pois o mesmo não reside em Florianópolis. Avaliamos juntas o que era considerado problema sendo a falta de conhecimento do próprio corpo o motivo principal das queixas. Acredito que haverá mudanças depois desta consulta no relacionamento do casal bem como o modo de pensar e agir da paciente consultada. Relatou que foram esclarecidas todas as dúvidas.

**G.C., 27 anos**, não possui nenhuma religião, natural de Florianópolis, procedente de São José. Possui superior completo e sua ocupação atual é compradora, sua renda mensal é de mais de cinco salários mínimos. Vive junto com o companheiro há sete anos, este tem 30 anos, concluiu o ensino médio e trabalha como autônomo. Ela casou grávida e atualmente eles tem dois filhos. Possuem casa própria, mas vivem numa casa alugada de alvenaria com seis cômodos. Na casa há rede de esgoto, luz elétrica, água e coleta de lixo.

Foi criada em zona rural, juntamente com os pais e uma irmã, não foi criada com carinho, sua família era muito conservadora e só passou a ter um contato mais próximo de sua mãe depois que engravidou. A religião era algo imposto a ela e a irmã, sexo era pecado para eles, por este motivo diz ter engravidado de propósito para poder sair de casa.

Sua menarca foi aos 12 anos, seu ciclo sempre foi irregular, só melhorou depois que passou a usar anticoncepcional, usa preservativo só quando necessário. Teve duas gestações e ambas foram por parto cesárea. Realiza exame preventivo em média a cada dois anos, e não realiza freqüentemente o auto-exame de mamas. Nunca teve Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Não possui o hábito de tocar-se, acariciar-se, pois sente pouca vontade, em relação à masturbação (auto-erotismo) não tem este hábito por não sentir vontade. Já visualizou a sua vulva e consegue distinguir as partes da genitália, conhece a sua mama e diz ser esta a área que gosta de ser tocada e que lhe proporciona maior prazer.

Descreve sua vida sexual atual como um fracasso, péssima, não tem o costume de confessar seus desejos sexuais, nem necessidades de carinho relata ser a falta de carinho um dos pontos que mais lhe aflige no relacionamento, pois se considera a chefe da casa e acha não ter o direito disto. Não tem o costume de iniciar a atividade sexual.

Tem relações sexuais uma vez por semana, esta ocorre aos domingos pela manhã, pois diz ser o único dia que o risco dos filhos entrarem no quarto é menor, sendo que seu quarto não tem chave. Antes da penetração ocorrem carícias, beijos e estimulação que normalmente duram cerca de dez a quinze minutos, considera este tempo suficiente às vezes.

Apesar de se sentir lubrificada sente dor na penetração no intróito e em todas as posições, mas com mais freqüência na posição “papai-mamãe”. Sente desejo, excitação, tem dificuldade em sentir prazer sexual e raramente chega ao orgasmo. Já realizou sexo muitas vezes sem ter vontade e já sentiu nojo/aversão pelo sexo, acha que tem este sentimento decorrente da irresponsabilidade de ter engravidado muito nova.

Sente-se envolvida pela atividade sexual, mas não consegue se sentir tranqüila nem relaxada, pois tem medo que as crianças acordem. Em relação aos seus problemas sexuais

sente-se frustrada e deprimida, já procurou ajuda anterior aos seus problemas (ginecologistas, homeopatia, acupuntura).

Não se acha bonita, a única coisa que gosta em seu corpo é o rosto, e o que menos gosta é a barriga. Mas sente-se feminina.

#### **Observação junto à cliente do que é problema:**

- ▶ Falta de iniciativa;
- ▶ Baixa auto-estima;
- ▶ Falta de liberdade para sua expressão sexual;
- ▶ Atividade sexual com o marido sem ter vontade;
- ▶ Falta de abertura para falar de suas necessidades/desejos sexuais;
- ▶ Não tem o hábito do auto-erotismo;
- ▶ Considera sua vida sexual um fracasso;
- ▶ Dispaurenia;
- ▶ Falta de prazer sexual.

#### **Prescrevendo o cuidado:**

##### **Manter:**

- ▶ Comunicação com o parceiro.

##### **Adaptar:**

- ▶ Periodicidade do preventivo de câncer cérvico-uterino e mamas;
- ▶ Espaço privado para manter as relações.

##### **Repadronizar:**

- ▶ Idéia de que sexo é sinônimo de penetração (orientar sobre outras formas de atividade sexual, como sexo oral, anal, masturbação a dois, estimulação clitoriana);
- ▶ Orientar sobre a importância de colocar suas necessidades para o marido;
- ▶ Idéia de masturbação (orientar que esta é uma prática sadia, de auto-conhecimento e auto-erotização);
- ▶ Salientar que prazer sexual é importante para uma melhora na qualidade de vida;
- ▶ Melhorar sua auto-estima, pois esta é essencial para uma vida sexual satisfatória;

- Pouco tempo para as preliminares na atividade sexual; dispareunia. (Orientar sobre a fisiologia da RSH e importância do tempo usado nas preliminares; reforçar a importância da manutenção do diálogo constante com o parceiro);
- Ter mais iniciativa, criar um momento para que ela se veja na relação.

### **Avaliando o cuidado:**

A cliente mostrou-se bastante interessada na consulta, preocupada em resolver seus problemas sexuais que há muito tempo a acompanham. Apesar do diálogo com o marido, não sente liberdade para expor suas necessidades voltando toda a culpa do fracasso na relação sexual para ela.

Foi uma consulta que se reverteu em conversa, onde as duas estavam envolvidas para descobrir quais seriam seus problemas, muitas perguntas abriram espaço para que os problemas viessem à tona e ela refletisse mais sobre a sua vida.

Foi muito gratificante ter realizado esta consulta, pois pude perceber como a orientação em sexualidade para saúde é essencial para a melhora da expressão sexual das mulheres.

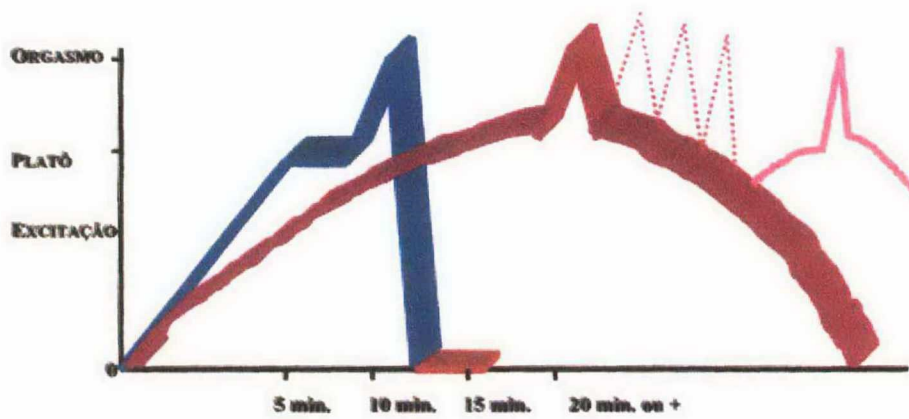
A cliente achou ótima a consulta, acha interessante e importante a realização da consulta juntamente com o parceiro, gostaria de retornar para outra consulta em sexualidade. Este retorno não ocorreu, pois a mesma relatou que não estaria mais em férias e achava que não teria tempo. Mas seu depoimento resume o que foi a consulta para ela: *“Ótima profissional, sabe usar os termos certos e simples para dar mais clareza a conversa”*.

## APÊNDICE VI

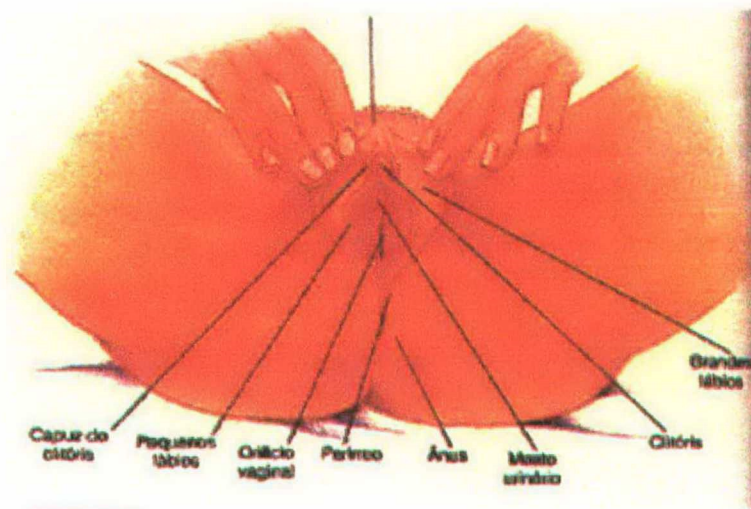
Material elaborado e utilizado durante as consultas

*Frente:*

GRÁFICO RSH

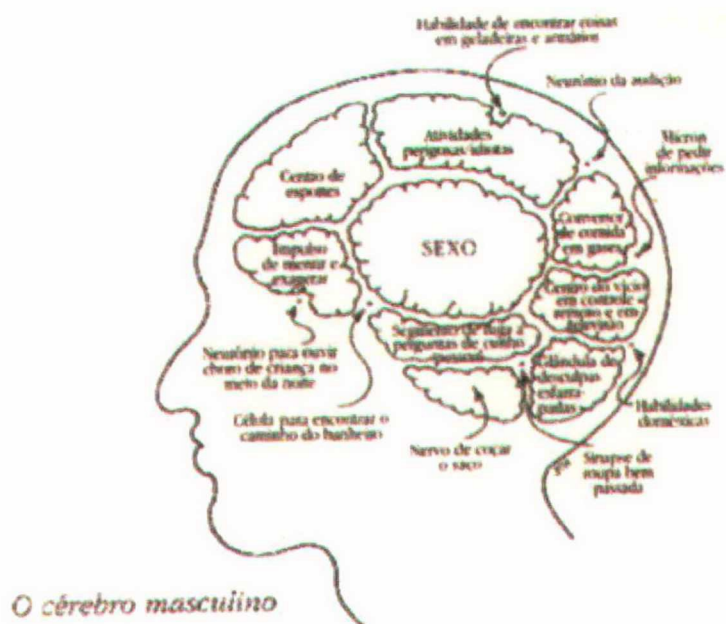
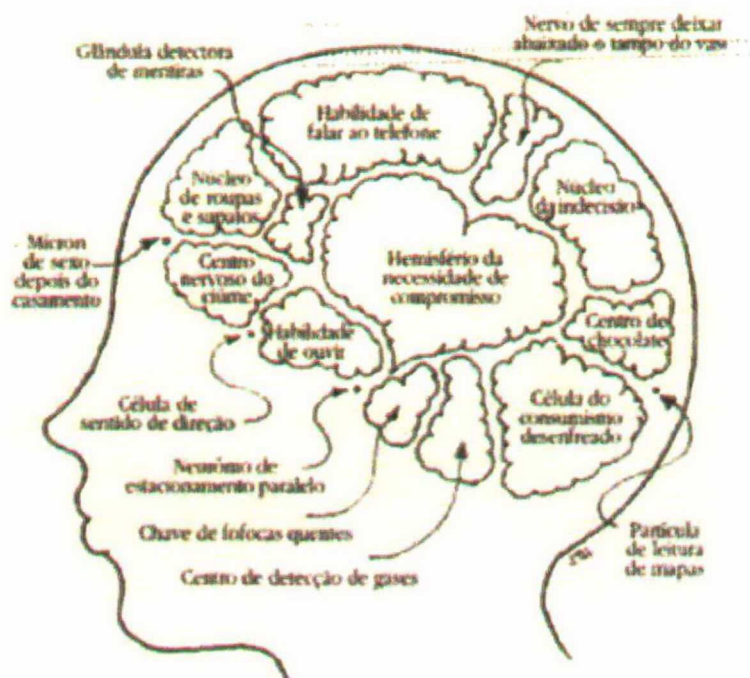


- LEGENDA:**
- Resposta Sexual Masculina
  - Resposta Sexual Feminina
  - Período Refratário (Existente somente no homem)
  - .. Orgasmos Múltiplos
  - Possibilidade de Reiniciar Resposta durante período de Resolução





Verso:



O cérebro masculino

## APÊNDICE VII

### Ofício para solicitação de material para a palestra

Florianópolis, 16 de maio de 2003.

A

Pró-reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária  
Central de apoio a eventos

Vimos por meio deste solicitar material para a palestra em sexualidade no Auditório do Centro Sócio Econômico.

Somos acadêmicas da última fase de Enfermagem – UFSC e estamos desenvolvendo um projeto assistencial na área da sexualidade, realizando Consultas de Enfermagem em Sexualidade sob orientação do Prof. Msc. Olga Regina Z. Garcia.

Material necessário:

130 pastas

130 blocos de papel

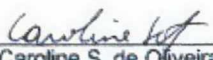
130 canetas

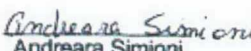
130 crachás

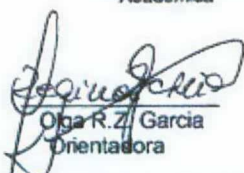
50 folhas para cartazes

130 folhas de papel ofício para Programação

Obrigada pela atenção

  
Caroline S. de Oliveira  
Acadêmica

  
Andreara Simioni  
Acadêmica

  
Olga R.Z. Garcia  
Orientadora  
Prof. Olga Regina Zigelli Garcia

  
Chefe do Departamento  
de Enfermagem  
Prof. Dr. Gelson Luiz de Albuquerque  
Chefe do Depto. de Enfermagem  
CCS-UFSC

## APÊNDICE VIII

### Folder referente à nossa palestra "Conversando sobre Sexualidade"

#### Conversando sobre Sexualidade

##### INSCRIÇÕES

GRATUITAS

Do período matutino, no ambulatório "C" da "Hospital"  
Das 7h às 10h, no período da tarde, no local do evento, CSE, a partir das 17h.

E/ou

Inscrições gratuitas  
vagas limitadas

#### COMISSÃO ORGANIZADORA

Andrezza Simioni  
Caroline Schweitzer de Oliveira

Conversando  
sobre  
Sexualidade

11 de junho de 2003

#### APOIO

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Centro Sócio Econômico  
Central de Apoio à Eventos  
Imprensa Universitária  
Unimed

ache  
e do Brasil

Auditório do Centro Sócio  
Econômico /CSE  
Universidade Federal de  
Santa Catarina

As acadêmicas da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC do semestre 2003/1, que desenvolvem o Projeto Assistencial "Buscando sensibilizar a mulher para uma expressão sexual prazerosa: Uma visão multicultural na assistência de enfermagem", promovem o encontro "Conversando sobre Sexualidade" e têm a honra de convidá-lo a participar deste evento acadêmico.

11/06/03 (Quarta-feira)

Programação  
científica

17:30 às 18:30 - Inscrição e entrega do material

18:30 - Abertura

18:45 - Resposta Sexual Humana e Aspectos Multidimensionais do exercício da Sexualidade

Palestrante: Olga Regina Zagall Garcia, Enfa. Prof. Do Departamento de Enfermagem, Doutoranda (DICH-UFSC).

19:45 - Por quê lutamos que somos reprimidos?

Palestrante: Téo Sora, Psicólogo, Educador Sexual, Doutorando (DICH-UFSC)

20:45 - Relato de Experiência da Implantação do Projeto Assistencial em Sexualidade

Palestrantes: Andrezza Simioni e Caroline Schweitzer de Oliveira, Acadêmicas da 8. Fase do Curso de Enfermagem - UFSC

21:15 - Mesa de Debates

Abordando, também, as dúvidas e questões frequentes de mulheres atendidas durante o Projeto Assistencial.

22:00 - Encerramento

Ficha inscrição

Nome Completo \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_

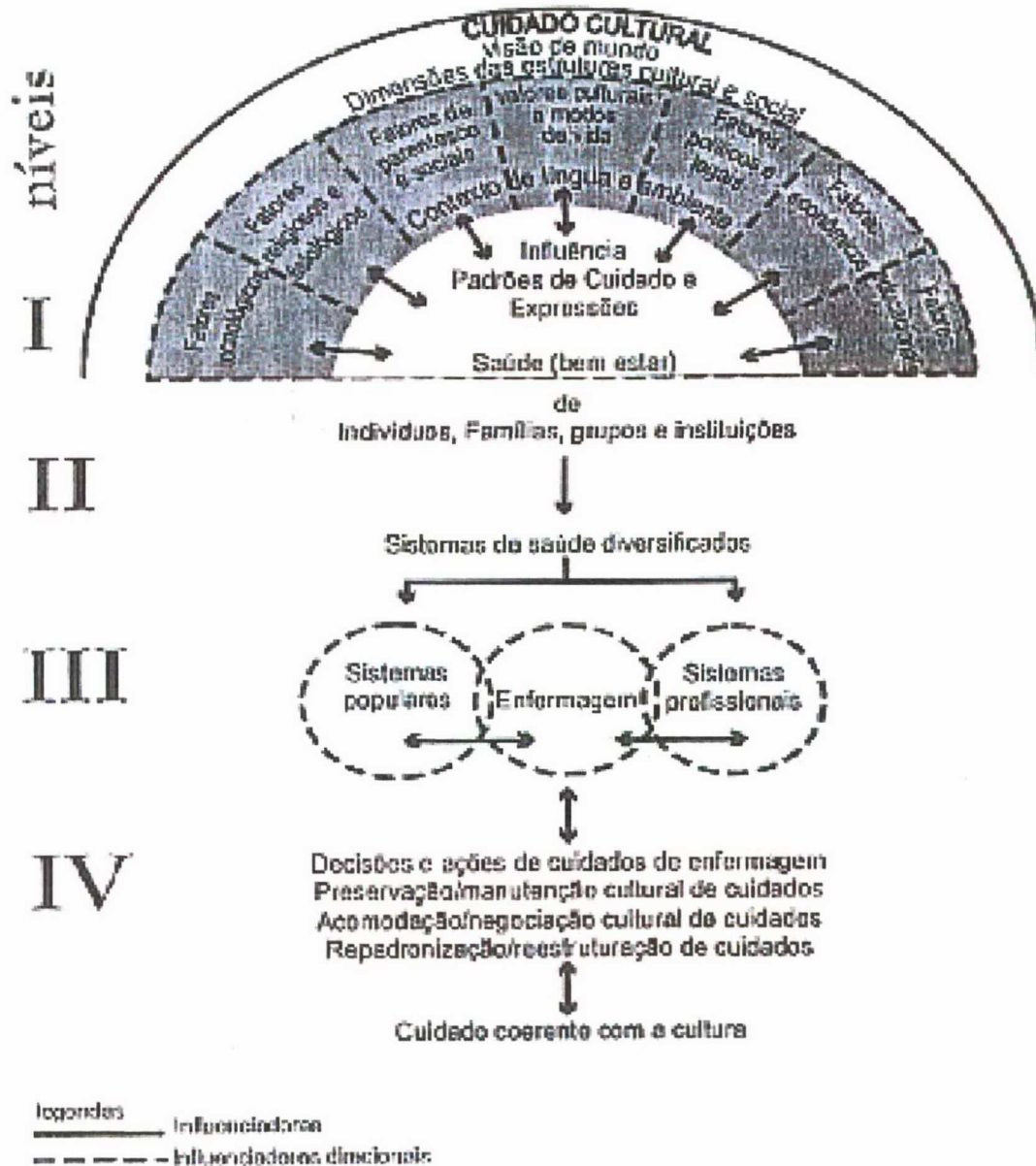
E-mail: \_\_\_\_\_

PS. Será entregue certificado de participação.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### MODELO SUNRISE (SOL NASCENTE)



Fonte: LEOPARDI, 1999.

## ANEXO B

### Roteiro para a consulta de Enfermagem em sexualidade

*Data da consulta:* \_\_\_\_\_ *Registro do Prontuário:* \_\_\_\_\_

#### ☉ LEVANTAMENTO DOS DADOS

##### 10. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

\_\_\_\_\_

*Idade:* \_\_\_\_\_ *Data de Nascimento:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Naturalidade:

\_\_\_\_\_

Procedência:

\_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Nenhuma                      ( ) Primário                      ( ) Primário Incompleto  
( ) até a 8º série                      ( ) Segundo Grau Incompleto                      ( ) Segundo Grau Completo  
( ) Superior incompleto                      ( ) Superior completo                      ( ) Pós-Graduação

Profissão/Ocupação:

\_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteira                      ( ) Casada                      ( ) Separada  
                    ( ) Viúva                      ( ) Concubinato                      ( ) Outro

Religião:

\_\_\_\_\_

##### II. MOTIVO DA CONSULTA



O que lhe trouxe aqui? \_\_\_\_\_

Como você chegou neste serviço: \_\_\_\_\_

### III. CONHECENDO O DOMÍLIO

☐ Casa Própria                      ☐ Casa Alugada                      ☐ Casa Cedida  
☐ Casa de Madeira                      ☐ Casa de Alvenaria                      ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Número de Cômodos: \_\_\_\_\_

Número de residentes na casa: \_\_\_\_\_

Quem são os residentes? \_\_\_\_\_

Possui:

☐ Rede de esgoto                      ☐ Luz                      ☐ água                      ☐ Coleta de lixo

### IV. RENDA MENSAL

☐ 1 Salário Mínimo                      ☐ 2 Salários Mínimos                      ☐ 3 Salários Mínimos  
☐ 4 Salários Mínimos                      ☐ 5 Salários Mínimos ou mais

### V. CONHECENDO A FAMÍLIA

10. Em relação ao parceiro:

Possui companheiro (a) no momento?                      ☐ SIM                      ☐ NÃO

☐ Fixo                      ☐ Eventual                      ☐ Fixo e Eventual

Qual a idade do companheiro (a)? \_\_\_\_\_

Qual é a escolaridade do companheiro (a)?

Escolaridade: ☐ Nenhuma                      ☐ Primário                      ☐ Primário Incompleto  
☐ até a 8ª série                      ☐ Segundo Grau Incompleto                      ☐ Segundo Grau Completo  
☐ Superior incompleto                      ☐ Superior completo                      ☐ Pós-Graduação

Qual a profissão/Ocupação dele (a)? \_\_\_\_\_

b) Em relação à família:

Qual a origem de sua família? \_\_\_\_\_

Você foi criada na zona:                      ☐ Urbana                      ☐ Rural

Como é composta a sua família? \_\_\_\_\_

Como é o relacionamento entre os componentes de sua família? Por quê? \_\_\_\_\_

---

Os pais brigavam entre si?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Seus pais brigavam com você e seus irmãos?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Com quem você mais se identificava na sua família? Por quê? \_\_\_\_\_

---

Sua família era muito religiosa?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Como você e a sua família praticavam a religião? \_\_\_\_\_

---

O que era pecado para sua família? E para você? \_\_\_\_\_

---

Você foi criada com toque/ Carinho?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Como era tratada a nudez na família? \_\_\_\_\_

---

## VI. CONHECENDO O CORPO

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: Cesária \_\_\_\_\_ Parto Normal \_\_\_\_\_ ☐ fórceps \_\_\_\_\_

Aborto \_\_\_\_\_

Ciclo Menstrual (menarca, duração, intervalo, fluxo): \_\_\_\_\_

---

Uso de Métodos contraceptivos (qual, tempo de uso, causa da interrupção): \_\_\_\_\_

---

Você costuma fazer o exame preventivo de câncer de mama e de colo do útero? (frequência, data do último resultado, importância que dá ao preventivo):

---

---

Você já teve alguma doença sexualmente transmissível?    ☐ SIM                      ☐ NÃO  
Qual?

---

Fez tratamento?        ☐ SIM                      ☐ NÃO

Você costuma se tocar, acariciar-se?                      ☐ SIM                      ☐ NÃO

Qual a frequência? \_\_\_\_\_

Qual a sensação/ sentimento em relação a isso? \_\_\_\_\_

Você tem o hábito de se masturbar?                      ☐ SIM                      ☐ NÃO

Qual a frequência? \_\_\_\_\_

Qual a sensação/ sentimento em relação a isso? \_\_\_\_\_

Você já visualizou sua vulva?                      ☐ SIM                      ☐ NÃO

Você consegue distinguir as partes da genitália?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Você conhece sua mama?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Você conhece áreas onde gosta de ser tocada, acariciada, áreas que lhe proporcionam maior prazer?        ☐ SIM                      ☐ NÃO

Que áreas lhe dão maior prazer? \_\_\_\_\_

## VII – IDENTIFICAÇÃO DA VIDA SEXUAL

Como a sua religião encara o sexo? \_\_\_\_\_

Você concorda com ela?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Você age conforme ela solicita?    ☐ SIM                      ☐ NÃO

Isso lhe traz algum conflito?        ☐ SIM                      ☐ NÃO

Você possui alguma crença/mito/tabu com relação à atividade sexual? \_\_\_\_\_

Como você descreveria a sua vida sexual atual? \_\_\_\_\_

---

Você tem abertura para falar o que deseja e ou de qualquer dificuldade/facilidade sexual, com o seu parceiro (a, s) sexual (is)? ☐ SIM ☐ NÃO

É de costume confessar desejos sexuais, necessidades de carinho, de ambas as partes do casal?

☐ SIM ☐ NÃO

Você tem por costume, ou ainda, é de seu perfil iniciar atividades sexuais?

☐ SIM ☐ NÃO

Quando isso ocorre, é problema para vocês? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Às vezes

Alguma vez se sentiu frustrada por iniciar a atividade sexual? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Às vezes

Alguma vez foi recriminada por iniciar a atividade sexual? Isso lhe trouxe alguma consequência mais tarde? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Às vezes Qual? \_\_\_\_\_

Antes da penetração, ocorrem carícias, beijos, estimulação, ou a penetração vem primeiro?

---

No caso de haver estimulação primeiro, quanto tempo aproximadamente dura as preliminares? \_\_\_\_\_

---

Você acha que essas carícias são suficientes para excitar você? ☐ SIM ☐ NÃO

Você sente-se lubrificada durante a penetração? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Às vezes

Você tem dor durante a penetração? ☐ SIM ☐ NÃO

Em caso positivo:

Qual a frequência? \_\_\_\_\_ Intensidade? \_\_\_\_\_

A dor é: ☐ intróito ☐ profunda

Qual posição, ou em todas as posições: \_\_\_\_\_

Você sente: ☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Prazer Sexual ☐ Orgasmo

Qual a frequência? \_\_\_\_\_

Você gosta de sexo? ( ) SIM ( ) NÃO

Alguma vez você não desejou fazer sexo e fez? Por quê? \_\_\_\_\_

---

Qual o sentimento? \_\_\_\_\_

Você alguma vez sentiu aversão por sexo, nojo? Algum motivo consciente lhe deixou assim?

---

Quando a atividade sexual inicia você sente-se envolvida pela atividade, deixa-se envolver?

( ) SIM ( ) NÃO

Durante a atividade sexual você fica segura, tranqüila, relaxada? Se negativo, você sabe dizer o que lhe deixa nervosa? ( ) SIM ( ) NÃO

---

Como você se sente frente aos seus problemas sexuais?

( ) frustrada ( ) nervosa ( ) deprimida ( ) diferente ( ) doente ( ) Outros

Qual (is)? \_\_\_\_\_

Alguma vez você procurou ajuda para os seus problemas sexuais? ( ) SIM ( ) NÃO

Tipo de ajuda, que profissional, diagnóstico, tratamento: \_\_\_\_\_

---

Se você não procurava ajuda, como você superava ou enfrentava seus problemas sexuais? (comia, fumava, etc): \_\_\_\_\_

---

## VII. PERCEPÇÃO SOBRE SI

Você se acha bonita? ( ) SIM ( ) NÃO

Quando se olha no espelho o que você gosta mais em seu corpo? \_\_\_\_\_

---

E o que você não gosta ou menos gosta? \_\_\_\_\_

Você se acha feminina?      ( ) SIM                      ( ) NÃO

♀ OBSERVAÇÃO JUNTO A CLIENTE SOBRE O QUE É PROBLEMA

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_



► PRESCREVENDO O CUIDADO

MANTER

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

ADAPTAR

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

REPADRONIZAR

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

► AVALIANDO O CUIDADO

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

## ANEXO C



PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
69 - CS AGRONÔMICA

### Encaminhamento de Usuários

#### Dados Gerais do Usuário

Nome						Nº do Cartão / Prontuário 800106100006278	
Data de Nascimento 28/04/87	Idade 16	Sexo Feminino	Peso 49,8 Kg	Altura 1,55 m	Temperatura 0 °C	Unidade de Saúde CS AGRONÔMICA	
Endereço (Rua, Av.) RUA VENEZA, 500 - JARDIM JOVEMESSA SANTA VITÓRIA						Número 197	
Bairro AGRONÔMICA						Cidade FLORIANÓPOLIS	

#### Dados de Atendimento (sugeridos pelo médico)

Nome do Profissional	Especialidade Gineco/Obstetria
Unidade	
Motivo do Encaminhamento AUSENCIA DA LIBIDO-CASADA HÁ 2 MESES, TOMA MICROVLAR.	

#### Exames Solicitados e resultados

Dr. Adalberto Costa  
CRM 1514

ADALBERTO COSTA  
CRM 1514  
Data : 26/05/2003 - Hora : 09:45

## ANEXO D

**Universidade  
aberta**

Sexta, 9 de maio de 2003

Capa	Arquivo
Galeria Fotos	Cartas
Quem Somos	Fale Conosco



### Rádio Ponto

Não perca o noticiário Universidade Aberta na Rádio Ponto. De segunda a sexta, ao meio-dia, o programa faz a cobertura completa do que acontece na UFSC.

### Agecom

Confira a versão oficial na Agência de Comunicação da UFSC.

### Notícia na Mesa

O programa desta semana ensinou a receita de creme de leite light. Clique aqui para conferir.

### Estágio na Sadia

A empresa Sadia realiza no dia 15 de maio, às 9 horas, no auditório da FAPEU, uma palestra e uma prova para selecionar estagiários.

## Notícias

Segunda, 28 (08h52)

### HU promove consultas sobre sexualidade feminina

Estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFSC iniciaram o programa de educação sexual "Mulher no exercício da Sexualidade". O projeto, aberto a toda comunidade, está sendo desenvolvido no Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário.

O programa surgiu após a constatação do freqüente número de queixas, relativas à saúde sexual feminina, registradas durante a realização dos exames preventivos de câncer cérvico-uterino e de mama. Entre os principais problemas citados encontravam-se a dispareunia (dor na penetração), a ausência de lubrificação vaginal, a anorgasmia (falta de orgasmo) e falta de apetite sexual. "O resultado fez com que tomássemos consciência do quanto as mulheres estavam insatisfeitas com sua vida sexual", diz Andreara Simioni, uma das alunas responsáveis pelo projeto.

De acordo com Andreara, o enfoque principal do programa é fazer com a mulher conheça seu próprio corpo, além de esclarecer mitos, tabus e valores incorporados por uma cultura predominantemente machista. Além disso, ela contextualiza a influência da mídia sobre as mulheres que vivem em busca do corpo perfeito. "Ela (a mídia) leva a crer que nenhuma mulher pode ter celulites ou estrias e que o orgasmo é a meta suprema da vida".

A divulgação do programa está sendo feita pelo rádio, cartazes pelo campus universitário e também com a distribuição de ofícios nos postos de saúde da comunidade.

A iniciativa do projeto surgiu das formandas do curso de Enfermagem da universidade, que desejam que o "Mulheres no exercício da Sexualidade" se torne um programa desenvolvido permanentemente no HU. O projeto é orientado pela sexóloga Olga Regina Ziguelli Garcia.

As consultas estão sendo realizadas no ambulatório C do HU até o dia 12 de junho. O horário de atendimento é das 8 às 12 horas.

Para mais informações e marcação de consultas ligue para 331-9137.

Maykon Oliveira

## ANEXO E

### Noticias

05-05-2003 09:28 - Alunas de Enfermagem da UFSC orientam mulheres sobre sexualidade

As formandas do curso de enfermagem da UFSC desenvolvem o projeto de educação sexual 'Mulher no Exercício da Sexualidade'. O objetivo é fazer com que a mulher conheça o seu próprio corpo e que mitos, tabus e valores incorporados por uma cultura machista sejam esclarecidos. As consultas, abertas à comunidade, são feitas no Ambulatório C de Tocoginecologia do Hospital Universitário. As interessadas devem agendar a consulta até o dia 12 de junho, das 8h às 12h.

O programa surgiu a partir da insatisfação feminina com relação à vida sexual, constatada durante a realização de exames preventivos do câncer cérvico-uterino (o papanicolau) e de mama. Entre as principais queixas encontravam-se a dispareunia (dor na penetração), a ausência de lubrificação vaginal, a anorgasmia (falta de orgasmo) e a falta de apetite sexual. A orientadora do projeto é a professora Olga Regina Ziguelli Garcia, que estuda sexualidade há 12 anos. No ano passado outro grupo de estudantes de enfermagem também executou o programa.

Segundo uma paciente, a orientação sexual é muito importante, mas a maioria dos profissionais não aborda a questão da sexualidade durante os exames. A curiosidade também é um dos fatores que leva mulheres a procurar o serviço. Das 16 pessoas atendidas desde o início das atividades, no dia 9 de abril, duas não tinham queixas quanto à vida sexual, apenas vontade de saber mais sobre o assunto.

Praticamente todas as mulheres atendidas gostariam que o parceiro acompanhasse as orientações. A presença dele durante a consulta é estimulada, mas até agora sem sucesso. "A cultura machista faz com que os homens não aceitem que o problema possa estar com ele", diz Caroline de Oliveira, uma das responsáveis pelo projeto. Ela lembra que há a possibilidade de o parceiro ser atendido individualmente, se assim preferir. "No início a intenção era desenvolver um projeto de orientação sexual para casais. Mas isso foi mudado por causa das dificuldades de trazer os homens para o consultório."

A influência da mídia sobre as mulheres que buscam o corpo perfeito também é um dos assuntos abordados. Para Caroline, o modelo de mulher perfeita divulgado pela mídia, magra, sem celulites e estrias, só aumenta a insatisfação com relação ao próprio corpo. Informações e agendamento de consultas: 331-9137

### SemanaUFSC

5/5 a 9/5

Seg Ter Qua Qui  
Sex Sab Dom Seg

[Semana Completa](#)

### Cultura & Lazer

**Mostra Fotográfica**  
'Humanas Centelhas' Abertura dia 8, às 19h, no Hall da Biblioteca Central.  
[\[leia aqui\]](#)

### UFSC na mídia

#### Atenção!

Para comunicar-se conosco:  
[agecom@edugraf.ufsc.br](mailto:agecom@edugraf.ufsc.br)

### Inscrições

Eventos Técnicos- Científicos / Concursos / Cursos & Oficinas / Outros  
[\[clique aqui\]](#)

### Rankings

Como estão classificados os cursos da UFSC no Provão, Revista Playboy e Guia Abril

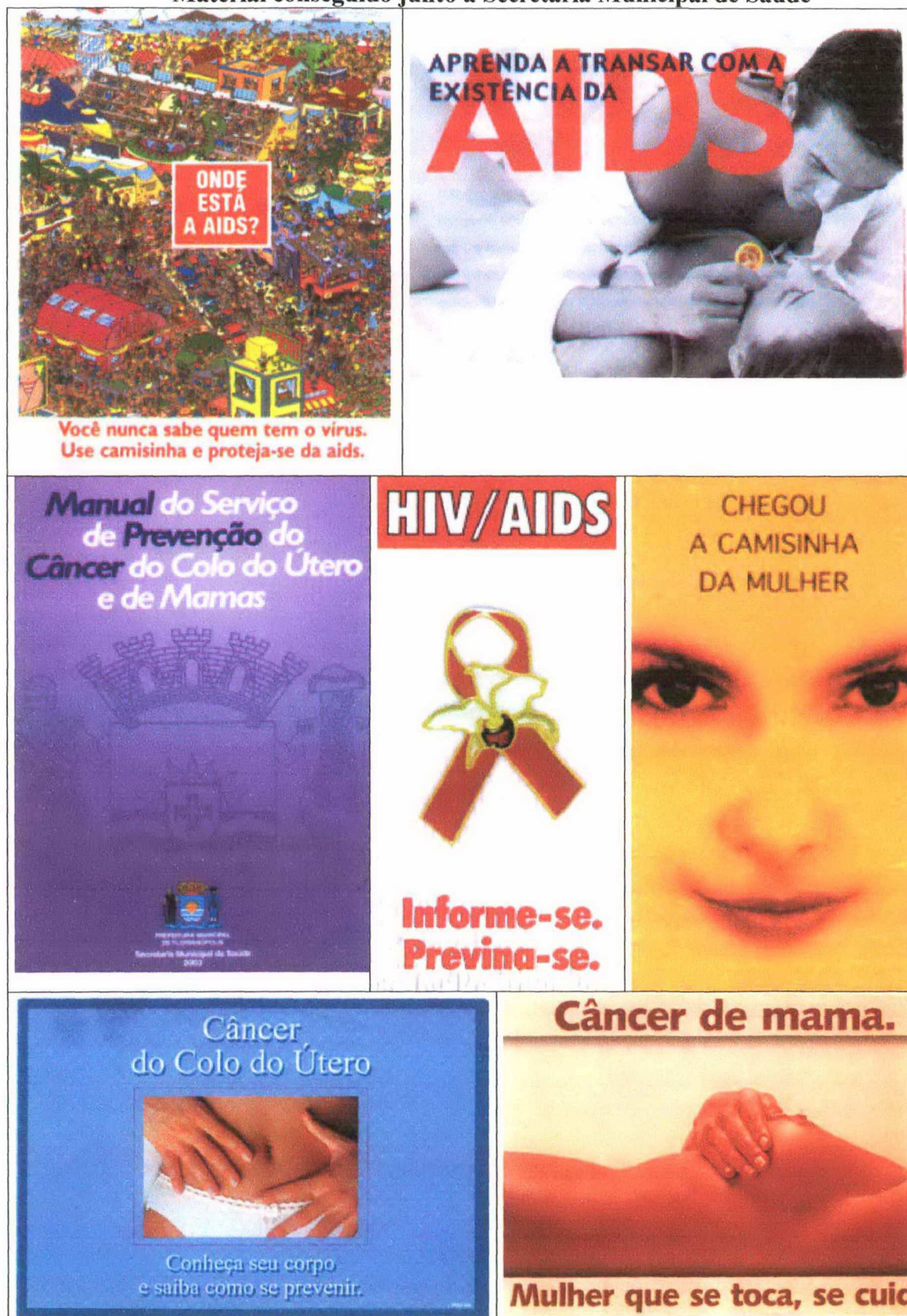
### Guia de Fontes

A publicação é um dos serviços oferecidos pela Agecom para facilitar o acesso a pesquisadores de todas as áreas.



## ANEXO F

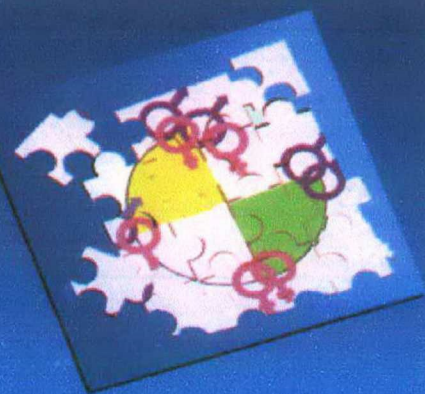
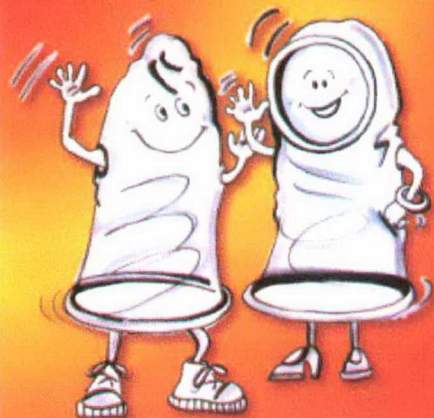
Material conseguido junto à Secretaria Municipal de Saúde



SEMPRE É TEMPO DE PREVENÇÃO



*Se liga na prevenção!*



**DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS (DST)**  
MANUAL DE BOLSO

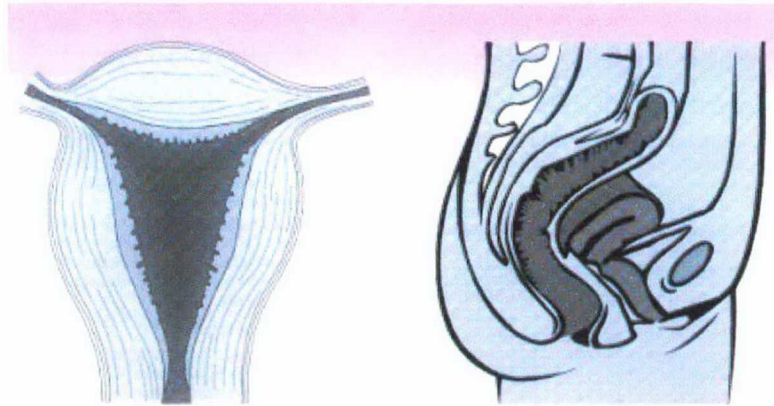
**SÍFILIS NA GRAVIDEZ**  
COMO EVITAR / COMO TRATAR





## ANEXO G

### Material disponível no Ambulatório de Tocoginecologia



# Contracepção

- **Métodos Naturais**
  - Método Billings
  - Tabelinha
  - Coito interrompido
- **Contraceptivos Oraís Hormonais**
  - Contraceptivo oral combinado
  - Minipílula
  - Micropílula
  - Contracepção de emergência
- **Métodos de Barreira**
  - Camisinha masculina e feminina
  - Diáfragma
  - Esponja contraceptiva
  - Espermicida
- **Outros Métodos**
  - Dispositivo Intra Uterino (DIU)
  - Injeções e implantes
  - Endoceptivo
- **Métodos Definitivos**
  - Vasectomia e ligadura de trompas

### CICLO OVARIANO-UTERINO

**Referência Bibliográfica:** Tratado de Ginecologia e Obstetrícia - 10.ª edição - 2005 - 1.ª edição - 1995

## ■ O que você precisa saber sobre

# Sexualidade

### 1. O que é sexo?

Sexo é o conjunto de características genéticas, anatómicas, somáticas, comportamentais e psicossociais que caracterizam um ser humano como do sexo feminino ou masculino.

### 2. O que é sexualidade?

Sexualidade é o conjunto de sensações eróticas e prazerosas oriundas dos órgãos dos sentidos, e se manifesta em todas as fases da vida do ser humano.

### 3. O que é resposta sexual humana?

São as manifestações físicas e psíquicas manifestas frente a um estímulo sexual.

### 4. O que é estímulo sexual?

É qualquer ação junto ao Sistema Nervoso Central que provoque sua excitação. Pode ser tátil, visual ou olfativo.

### 5. O que é estímulo visual?

É aquele que estimula o Sistema Nervoso Central através da visão. É muito mais comum no homem que na mulher.

### 6. O que é estímulo tátil?

É aquele que se inicia na pele, o que nos permite dizer que a pele também é um órgão sexual. Existem áreas da pele que são mais eróticas, como a boca, os mamilos etc.

### 7. O que é estímulo olfativo?

É aquele obtido através do olfato. Na excitação sexual o olfato é muito importante uma vez que existem glândulas espalhadas pela pele, em especial na região perianal e perigenital, que secretam substâncias que estimulam o sistema nervoso central para a sexualidade. Estas substâncias não possuem odor, que é uma sensação concomitante, sendo que o estímulo causado por elas é inconsciente e se manifesta através da conduta sexual.

### 8. Em que se constitui a resposta sexual humana?

Em 4 fases, que são a do desejo, a da excitação, do orgasmo e da resolução.

### 9. O que é a fase do desejo?

Nesta fase estão presentes os estímulos citados anteriormente, além de outras condições como a integridade anatómica e funcional dos órgãos genitais, equilíbrio psicossocial e o comportamento e qualificação do parceiro ou parceira (p. ex. bulbo nos olhos).

### 10. O que é a fase da excitação?

Nesta fase ocorrem modificações orgânicas, sendo as mais evidentes a ereção do pênis e lubrificação vaginal. Estas manifestações ocorrem pela vasocongestão pélvica, sendo necessário um fluxo de 60 a 80 ml de sangue para o homem, e de 700 ml para a mulher. Nesta fase os estímulos erógenos mantêm e ampliam a excitação, que num crescente atinge um determinado ponto que estimula o centro de prazer cerebral desencadeando a próxima fase, chamada de orgasmo.

### 11. O que é a fase do orgasmo?

Nesta fase ocorre uma série de fenômenos orgânicos, acompanhados de intensa sensação de prazer. Fisicamente observam-se contrações musculares, alterações cardiocirculatórias e contrações da musculatura perigenital em ambos os sexos. No homem o orgasmo é acompanhado da ejaculação que é a emissão do sêmen. É importante ressaltar que o orgasmo ocorre no cérebro e é fruto de uma série de fatores, portanto, varia de pessoa para pessoa e depende da situação vivida.

### 12. O que é a fase da resolução?

Esta fase se caracteriza por um relaxamento muscular, listóido e tempo mental. Nesta fase o corpo não responde aos estímulos sexuais, sendo sua direção variável, dependendo da motivação sexual, idade etc.

# Sexualidade

## 13. Existe mais de um tipo de orgasmo para a mulher?

Sim. Como foi dito, o orgasmo ocorre no cérebro, portanto é único. É claro que existem regiões anatómicas que excitem a mulher mais que outras.

## 14. O que é frigidez?

Apesar deste termo ser utilizado de maneira errônea, pode-se aplicar para a mulher que não apresenta desejo, excitação ou orgasmo. É claro que deve-se entender que dependendo das circunstâncias podemos ter períodos na vida da mulher quando este quadro se manifesta, como por exemplo, durante a gravidez, lactação, frente a dor, a conflitos psicológicos, uso de medicamentos de ação central etc., o que não configura uma disfunção propriamente dita.

## 15. O que é vaginismo?

Esta expressão se aplica quando a mulher, devido a contração involuntária dos músculos da vagina, impede a penetração. A causa é de origem psicológica.

## 16. Existem tratamentos para as disfunções sexuais femininas (frigidez, anorgasmia, vaginismo)?

Sim, como por exemplo procedimentos psicoterapêuticos, reposição hormonal, medicamentos de ação central etc. O importante é buscar a causa e corrigi-la.

## 17. O que é impotência?

Também chamada de disfunção erétil, se caracteriza pela incapacidade persistente total ou parcial do homem em iniciar ou manter uma ereção suficiente para provocar uma penetração e realizar o coito até a ejaculação. Ela pode ser classificada como de natureza orgânica ou psicológica. Existem doenças que podem provocar impotência como por exemplo diabetes, doenças do fígado etc.

## 18. Existe tratamento para a impotência?

Sim, é fundamental que se caracterize a origem da doença e se trate a causa. Quanto à disfunção

erétil, ela pode ser tratada com medicamentos que não atuam no mecanismo da ereção até a colocação de próteses.

## 19. O que é ejaculação retardada?

É a incapacidade do homem de ejetar na vagina, e não se deve a causas psicológicas.

## 20. O que é anorgasmia?

Esta expressão se refere a mulher que sente desejo sexual, se excita, porém, não consegue atingir o orgasmo. Esta situação é com toda a certeza a queixa mais comum de mulheres com disfunção sexual, sendo na maioria das vezes de causa psicológica. É importante entender que a ausência ocasional de orgasmo não configura uma disfunção, já que o relacionamento sexual não se limita ao orgasmo, mas que o desejo, a excitação, as carícias, o contato físico também são fontes de obtenção de prazer, devendo ser considerado como relevante quando esta falta de orgasmo for responsável por insatisfação e frustração. Outro ponto importante a ser ressaltado é que a falta de orgasmo da mulher pode ser devido a uma insensação sexual do homem, neste caso devido a ejaculação precoce, que por desconhecimento ou por má-fé, atribui a ela a responsabilidade da disfunção.

## 21. O que é ejaculação precoce?

É a incapacidade do homem em controlar sua ejaculação, ocorrendo de maneira involuntária durante a fase de excitação ou logo após a penetração. É claro que fica difícil muitas vezes caracterizar o que é ejaculação precoce, pois o tempo para se obter o orgasmo varia, dependendo das circunstâncias, porém, sabe-se que a antecedência é o principal responsável por esta disfunção.

## 22. Existe tratamento para ejaculação precoce?

Sim, o importante é modular as vias neurológicas do prazer, sendo o tratamento feito com medicamentos que não atuam neste nível, associado ou não a psicoterapia, como também a programação de condicionamento. O sucesso do tratamento está no diálogo franco e aberto do casal.

## ANEXO H



PROJETO  
SURF NA ESCOLA



PETROBRAS

Florianópolis, 06 de junho de 2003

Ilma Sra  
Caroline Schweitzer de Oliveira

Nesta

Prezada Sra,

A Escola SBBPB, vem por meio deste, prestar a vossa senhoria, os mais sinceros agradecimentos, em nome da comunidade, pelo proferimento da palestra versando sobre sexualidade, para alunos na fase da adolescência. Tal palestra foi esclarecedora, clara, e temos absoluta certeza de que transmitida na íntegra.

Atenciosamente,

Metuselã Fernandes



PROJETO  
SURF NA ESCOLA



PETROBRAS

Florianópolis, 06 de junho de 2003

Ilma Sra  
Andreara Simioni

Nesta

Prezada Sra,

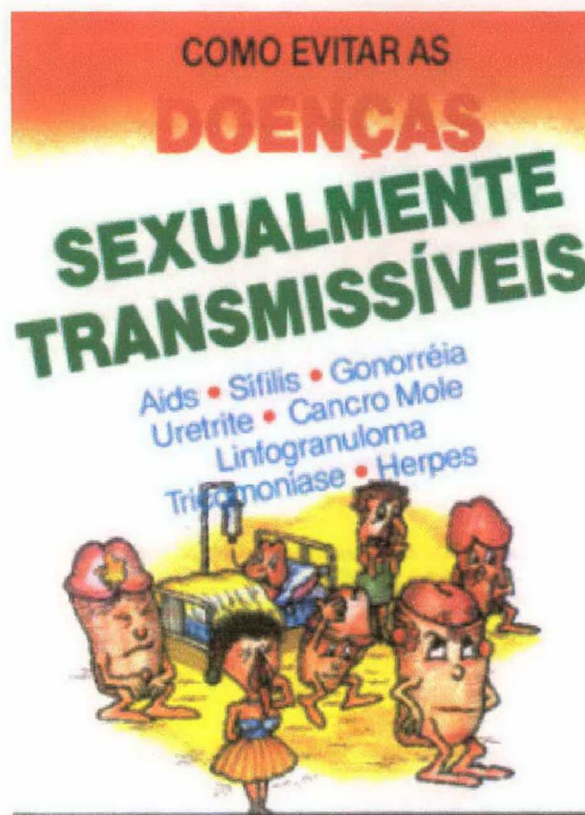
A Escola SBBPB, vem por meio deste, prestar a vossa senhoria, os mais sinceros agradecimentos, em nome da comunidade, pelo proferimento da palestra versando sobre sexualidade, para alunos na fase da adolescência. Tal palestra foi esclarecedora, clara, e temos absoluta certeza de que transmitida na íntegra.

Atenciosamente,

Metuselã Fernandes



## ANEXO I



## ANEXO J

### Notícias

**10-06-2003 15:02:29 - Sexualidade será tema de palestras nesta quarta**

O Departamento de Enfermagem realiza nesta quarta, dia 11, duas palestras sobre sexualidade. Além de prestar esclarecimentos ao público, será divulgado o serviço de consultas sobre sexualidade feminina. Durante um semestre, duas formandas do Curso de Enfermagem atenderam no Hospital Universitário mulheres com dúvidas a respeito do próprio corpo e problemas como dor durante a penetração, ausência de lubrificação vaginal, falta de apetite sexual e de orgasmo. O programa surgiu após a constatação do grande número de queixas registradas durante a realização dos exames preventivos de câncer e de mama.

As palestras começam às 18h30min, no auditório do CSE, com a professora Olga Zigelli Garcia, que traz o título "Resposta sexual humana e aspectos multidimensionais do exercício da sexualidade". Em seguida, o educador sexual e psicólogo Tito Sena fala de "Por que falamos que somos reprimidos?". O local escolhido também tem uma razão. A aluna Andreara Simioni, uma das formandas que realizou as consultas no HU, explica que o CCS sempre tem acesso a esse tipo de palestra e que essa é uma oportunidade para deslocar o tema para outros centros da universidade.

Após a exposição dos professores, por volta das 20h45min, será relatado o serviço prestado no HU. Em seguida os participantes debatem o tema, incluindo depoimentos de mulheres atendidas. As inscrições podem ser feitas no local, a partir das 17h30min. Mais informações com Andreara Simioni, pelo e-mail [andry.sm@zipmail.com.br](mailto:andry.sm@zipmail.com.br)

### SemanaUFSC

16/6 a 20/6

Seg Ter Qua Qui

Sex Sab Dom Seg

[Semana Complete](#)

### Cultura & Lazer

#### 2º Bloomsday de Florianópolis

Diversas atividades em homenagem à James Joyce, 17/6, 3ª, no auditório do CCE a partir das 18h30min  
[\[leia aqui\]](#)

### UFSC na mídia

#### Atenção!

Para comunicar-se conosco:  
[agecom@edugraf.ufsc.br](mailto:agecom@edugraf.ufsc.br)

## ANEXO L



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DO CURSO

# CERTIFICADO

Certificamos que, **Caroline Schweitzer de Oliveira** participou do Mini-curso **CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE**, realizado no dia 11 de junho de 2003, promovido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na qualidade de palestrante do tema: **"Relato de experiência da Implantação do Projeto Assistencial em sexualidade"** com carga horária total de 02 horas.

Florianópolis, 11 de junho de 2003.



Prof. Dr. Gelson Luiz de Albuquerque  
Chefe do Departamento de Enfermagem



Prof. Olga Regina Aguiar Garcia  
Coordenadora do Curso

I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DO CURSO

# CERTIFICADO

Certificamos que, **Andreara Simioni** participou do Mini-curso **CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE**, realizado no dia 11 de junho de 2003, promovido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na qualidade de palestrante do tema: **"Relato de experiência da Implantação do Projeto Assistencial em sexualidade"** com carga horária total de 02 horas.

Florianópolis, 11 de junho de 2003.



Prof. Dr. Gelson Luiz de Albuquerque  
Chefe do Departamento de Enfermagem



Prof. Olga Regina Aguiar Garcia  
Coordenadora do Curso



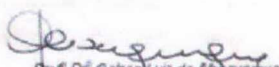


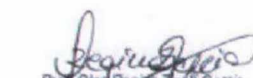
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DO CURSO

## CERTIFICADO

Certificamos que, **Andreara Simioni** participou do Mini-curso **CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE**, realizado no dia 11 de junho de 2003, promovido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na qualidade de membro da comissão organizadora.

Florianópolis, 11 de junho de 2003.

  
Prof. Dr. Gelson Luiz de Albuquerque  
Chefe do Departamento de Enfermagem

  
Prof. Olga Regina Zoppi Garcia  
Coordenadora do Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DO CURSO

## CERTIFICADO

Certificamos que, **Caroline Schweitzer de Oliveira** participou do Mini-curso **CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE**, realizado no dia 11 de junho de 2003, promovido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na qualidade de membro da comissão organizadora.

Florianópolis, 11 de junho de 2003.

  
Prof. Dr. Gelson Luiz de Albuquerque  
Chefe do Departamento de Enfermagem

  
Prof. Olga Regina Zoppi Garcia  
Coordenadora do Curso

## ANEXO M



### XXXVII - JCDCEM - Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos I CURSO PRÉ - JORNADA SEXUALIDADE

#### *Certificado*

Certificamos que CAROLINE SCHNEITZER DE OLIVEIRA  
participou do I Curso Pré-Jornada, da XXXVII Jornada Catarinense de Debates  
Científicos e Estudos Médicos, realizado nos dias 9 e 10 de Abril de 2003 na  
qualidade de PARTICIPANTE.

Florianópolis - SC, 10 de Abril de 2003.

Dalto Antonio Viganó Pastro  
Presidente da XXXVII JCDCEM

Dr. Murillo Ronald Capella  
Coordenador Geral da XXXVII JCDCEM



### XXXVII - JCDCEM - Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos I CURSO PRÉ - JORNADA SEXUALIDADE

#### *Certificado*

Certificamos que ANDREARA SIMIONI  
participou do I Curso Pré-Jornada, da XXXVII Jornada Catarinense de Debates  
Científicos e Estudos Médicos, realizado nos dias 9 e 10 de Abril de 2003 na  
qualidade de PARTICIPANTE.

Florianópolis - SC, 10 de Abril de 2003.

Dalto Antonio Viganó Pastro  
Presidente da XXXVII JCDCEM

Dr. Murillo Ronald Capella  
Coordenador Geral da XXXVII JCDCEM



## ANEXO N



**VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual - Disfunção Sexual do Casal**

5 a 7 de junho de 2003  
Centro de Convenções Rebouças  
São Paulo - SP

Promoção



Certificamos que

**ANDREARA SIMIONI**  
e co-autora SIMONIA, SCHWEITZER DE OLIVEIRA, C. GARCIA O. R. Z.

participou do VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual - Disfunção Sexual do Casal, realizado de 5 a 7 de junho de 2003 no Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP  
com apresentação do Tema Livre BUSCANDO SENSIBILIZAR A MULHER PARA UMA EXPRESSÃO SEXUAL PRAZEROSA - UMA VISÃO TRANSCULTURAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

São Paulo, 7 de junho de 2003



**Dr. Walter J. Bestane**  
Presidente do Congresso



**Dr. Claudio Teitken**  
Presidente da Comissão Científica

Patrocínio




Trabalhamos pela vida

**Certificado**

---



**VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual - Disfunção Sexual do Casal**

5 a 7 de junho de 2003  
Centro de Convenções Rebouças  
São Paulo - SP

Promoção



Certificamos que

**CAROLINE SCHWEITZER DE OLIVEIRA**

participou do VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual - Disfunção Sexual do Casal, realizado de 5 a 7 de junho de 2003 no Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP

São Paulo, 7 de junho de 2003



**Dr. Walter J. Bestane**  
Presidente do Congresso



**Dr. Claudio Teitken**  
Presidente da Comissão Científica

Patrocínio




Trabalhamos pela vida

**Certificado**

---



**VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual - Disfunção Sexual do Casal**

5 a 7 de junho de 2003  
Centro de Convenções Rebouças  
São Paulo - SP

Promoção



Certificamos que

**ANDREARA SIMIONI**

participou do VII Congresso Brasileiro de Inadequação Sexual - Disfunção Sexual do Casal, realizado de 5 a 7 de junho de 2003 no Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP

São Paulo, 7 de junho de 2003



**Dr. Walter J. Bestane**  
Presidente do Congresso



**Dr. Claudio Teitken**  
Presidente da Comissão Científica

Patrocínio




Trabalhamos pela vida

**Certificado**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial